FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1960 N°

902

- THESE -

Pour le

- DOCTORAT EN MEDECINE -

(Diplôme d'Etat)

Par

LAMOTTE Jean-Claude
Né le Ier Juillet 1930 - à PARIS.

Présentée et scutenue publiquement le _____ 1960

LE PRONOSTIC DE LA REEDUCATION CHEZ LES HEMIPLEGIQUES

ETUDE STATISTIQUE PORTANT SUR 665 CAS - DURANT 5 ANS A L'HOPITAL RAYMOND POINCARE (GARCHES)

Président : Monsieur Raymond GARCIN, Professeur.

*

1960

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554021_0008

F A C U L T E D E M E D E C I N E D E P A R I S

Année 1960 N°

- T H E S E -

Pour le

- D O C T O R A T E N M E D E C I N E -

(Diplôme d'Etat)

Par

LAMOTTE Jean-Claude
Né le Ier Juillet 1930 - à PARIS.

Présentée et soutenue publiquement le _____ I.960

LE PRONOSTIC DE LA REEDUCATION CHEZ LES HEMIPLEGIQUES

ETUDE STATISTIQUE PORTANT SUR 665 CAS - DURANT 5 ANS A L'HOPITAL RAYMOND POINCARE (GARCHES)

Président : Monsieur Raymond GARCIN, Professeur.

*

20/12

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

/ 18.I.60 /

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. AUBIN (A.), BENARD (H.), BROCQ (P.), BULLIARD (H), CADENAT (F), CHABROL (E), CHAMPY (C), CHEVALLIER (P.), DEBRE (R), DONZELOT (E), GASTINEL (P), GUILLAIN (G), HALPHEN (E), HARVIER (P), HAZARD (R), HEUYER (G), LANTUEJOUL (P), LAROCHE (G), LAUBRY (C), LEVY-SOLAL (E), LIAN (C), LOEPER (M), MARION (G), MATHIEU (P), MOCQUOT (P), MONDOR (H), MONOD (R), MOREAU (R), OLIVER (E), PASTEUR VALLERY RADOT, PETIT-DUTAILLIS, RICHET (C), STROHL (A), TANON (L).

DOYEN ..... Léon BINET
Membre de l'Institut.

ASSESSEUR ..... Jean VERNE.

I. PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie (Prof.r à titre personnel).....	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie	FASQUELLE (R)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F)
" " " " (Prof.r à titre personnel)..	SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
" " " " (Prof.r à titre personnel)..	BOURLIERE (F.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Inst. G.Roussy).	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques Chirurgicales.. (Beaujon	SICARD (A.)
(Cochin	QUENU (J.)
(Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
(Saint-Antoine ..	GOSSET (J.)
(Salpétrière ...	MOULONGUET (P)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique ..(Enfants-Malades)..	FEVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice(Cochin).....	MERLE D'AUBIGNE (R)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire..... (Broussais).....	GAUDART-D'ALLAINES F.de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec).....	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié).....	DECOURT (J.)
Clinique de génétique médicale (Enfants Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca).....	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-LOUIS)....	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants Malades)..	CATHALA (J.)

.../..

Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)..	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales de l'encéphale (Ste-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker).....	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais).....	MARCHAL (G)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière).	ALAJOUANINE (T)
Cliniques Médicales ..... (Boucicaut	LENEGRE (J.)
(BROUSSAIS	SOULIE (P.)
(Cochin	JUSTIN-BESANCON L.
(Hôtel-Dieu	BARIETY (M)
(Pitié	DREYFUS (G.)
(St.Antoine	KOURILSKY (R)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie .. (Bichat	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L.de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (H.Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Cliniques obstétricales ..... Baudelocque ...	LACOME (M.)
(Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)...	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière).....	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St-Vincent de Paul)....	LELONG (M)
Clinique de pédiatrie Sociale (Enfants-Malades).....	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec).....	BERNARD (E)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière).....	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin) .	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié).....	DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard).....	SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine).....	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin).....	FEY (B.)
Embryologie.....	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)....	SEZE (S.de)
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Hygiène et médecine préventive (Prof.r à titre person.[1])	DEPARIS (M.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R)
Parasitologie	GAILLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée.....	MERKLEN (F.P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (R.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
" " (Prof.r à titre personnel).....	LEVY (Mlle J.)
Physiologie	BINET (L.)
" " (Prof.r à titre personnel).....	BARGETON (D.)
Physique médicale	DOGNON (A.)
" " (Prof.r à titre personnel).....	DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale....	LEGER (L.)
Thérapeutique	BROUET (G.)

.../..

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES.

MM.

Anatomie ..... CABROL (C)
COUINAUD (C)
OLIVIER (G)

Anatomie pathologique .... Gauthier-Villars (MlleP) pr. s.Ch.
BUSSER (F)
GOUYGOU (Ch)
ORCEL (L)
PAILLAS (J)

Anesthésiologie . VOURC'H (G.)

Bactériologie.... NEVOT (A) p.s.ch.
BARBIER (P)
CHRISTOL (D)
TOURNIER (P)

Biochimie Médicale. Desgrey (P), pr.s.Ch.
Polonoski (J), m. conf.

Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports . PLAS (F)

Carcinologie ... DENOIX (P.)
MATHE (G.)

Dermato-Syphiligraphie ..... DUPERRAT (B)

Electro-Radiologie.. LEDOUX-LEBARD (G)

Embryologie .... TUCHMANN-DUPLESSIS (H) pr.s.Ch.

Hématologie..... Bilski-Pasquier (G)
DAUSSET (J)

Histologie ..... Coujard (R) pr.s.Ch.
MAROIS (M)
RACADOT (J)

Hydrologie ..... CORNET (A)

Hygiène ..... BOYER (J) pr.s.Ch.
Corre-Hurst (Mme L)

Maladies infectieuses BASTIN (R)
DUPONT (V)

Médecine légale.. DEROBERT (L), pr.s.Ch
HADENGUE (A)
FOURNIER (E)
GUENIOT (M)

Médecine du travail .. ALBAHARY (C)

Neurologie .... LHERMITTE (F)

Obstétrique..... GRANJON (A)
HERVET (E)
LE LORIER (G)
MORIN (P)
MUSSET (R)
ROBEY (M)
Thoyer-Rozat J.

Ophtalmologie ..... BREGEAT (P)
SARAUX (H)

Orthopédie ..... JUDET (R)
RAMADIER (J)

Oto-rhino-Laryngologie ..... DEBAIN (J)

Parasitologie ..... Brumpt (L.C) pr.s.Ch.
CHABAUD (A)

Pathologie chirurgicale..... BARCAT (J)
BINET (J.P)
CAUCHOIX (J.
CHATELIN (CL
DUBOST (Ch)
DUBOST (Cl)
FAUREL (J)
FLABEAU (F)
GERMAIN (A)
Laurence (G.) agr.per.
Lortat-Jacob J.L
LOYGUE (J)
MERCADIER
PERROTIN (J
ROBERT (H)
THOMERET (G)

Pathologie exotique ..SCHNEIDER (J)

Pathologie expérimentale..... CROSNIER (J)
HARTMANN (L)
LOEPER (J)
MAURICE (J)
RICHET (G)

Pathologie Médicale.... AUSSANNAIRE (M)
BOUR (H)
BOUVIER (J)
BOUVRAIN (Y)
BRICAIRE (H)
BRISSAUD (H)
BROCARD (H)
BUGE (A)

.../..

II.(Suite) Professeurs sans chaire, Professeurs Agrégés et Maîtres de Conférences - Agrégés.

Pathologie Médicale...
- CASTAIGNE(P)m.conf.
- CATINAT (J)
- CONTAMIN (F)
- COURY (C)
- FREZAL(J)
- HOUSSET (E)
- LAROCHE (Cl)
- LESOBRE (R)
- MACREZ (C)
- NICK (J)
- PEQUIGNOT (H) m.conf.
- ROYER (P)
- WOLFROMM(R)

Pédiatrie-Puériculture..
- JOSEPH (R)
- MANDE (R)
- Mozziconacci(P)
- POLONOVSKI (G)
- ROSSIER (A)

Pharmacologie...
- BOISSIER (J)
- LECHAT (P)

Physiologie
- PARROT(J)pr.s;Ch
- DEJOURS (P)

Physique Médicale.....
- GOUGEROT(L)m.conf. pr.S.Ch.
- KELLERSHOHN

Pneumo-phtisiologie.. KREIS (B)

Psychiatrie ..... PICHOT(P)

Psychiatrie infantile. DUCHE (D)

Rhumatologie ..... DELBARRE(F)

Stomatologie...
- CERNEA (P)
- Chaput(Mme) (A) m;conf.agr.
- GRELLET (M)

Thérapeutique...
- CHASSAGNE (P)
- LAMOTTE (M)

Urologie ..... QUENU (L)

III. -- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE, (à titre permanent).

MM.

Anatomie ..... DEBEYRE

Clinique Chirurgicale..
- ABOULKER (P)
- Améline(A)pr.s.Ch.
- HUGUIER (J)
- OLIVIER (C)
- PADOVANI (P)
- POILLEUX (F)
- ROUX (M)
- VERNE (j.M)

Clinique Médicale.....
- BOUDIN (G)
- CONTE (M)
- DOMART (A)
- PERRAULT(M)
- RAMBERT (P)
- THIEFFRY (S)
- TURIAF (J)

MM

Clinique Obstétricale.
- GRASSET (J)
- LEPAGE (F)
- MAYER (M)
- RAVINA (J)

Clinique Ophtalmologique...
- DESVIGNES (P)
- OFFRET (G)

Clinique oto-rhino-laryngologique.. MADURO (R)

Clinique pédiatrique et puériculture. LAPLANE (R)

Clinique psychiatrique..BARUK(H)

Clinique Urologique .. KUSS (R)

Médecine légale .... GAULTIER

IV. -- PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES.

Bactériologie .....HAUDUROY (P)Pr.s.Ch.

Biochimie Médicale .....ETTORI (J) Pr.à.t.pers.

Pathologie Chirurgicale,..... RUDLER (J) Pr.s.Ch.

Secrétaire général de la Faculté ... M.LENA (J)

Secrétaires ..... Mme BEURLAND(H), Mlle CHAINTREUIL(G) Mlle HURE (A)

Conservateur en Chef ..... M. Le Docteur HAHN(A)

Conservateurs ..... Mlles DUMAITRE (P), GOICHON (A.M.)

Bibliothécaires..... (Mmes CONTET(J), FORGET(F)- (Mlles LAURENT (H), LE NOIR (G), QUIEVREUX (E).

A M E S P A R E N T S

A M A F E M M E

A M A F I L L E

TOUTE NOTRE AFFECTION
ET TOUT NOTRE AMOUR.

--

A Monsieur le Professeur Raymond GARCIN

Professeur de Clinique Neurologique

Membre de l'Académie de Médecine

Médecin des Hôpitaux

Officier de la Légion d'Honneur

qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

qu'il soit assuré de notre haute considération et de notre respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Robert CLAISSE

Médecin des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

NOTRE MAITRE

Qui nous a proposé cette Thèse.
Avec notre sincère et respectueuse
reconnaissance pour les encouragements
si précieux qu'il nous a donnés, lors
de l'élaboration de ce travail.

Qu'il veuille bien trouver ici, l'expression
de notre très vive gratitude pour les conseils
et l'enseignement clinique et humain qu'il n'a
cessé de nous prodiguer chaque jour.

—

A Monsieur le Docteur Olivier TROISIER

Monsieur le Docteur Yves SUQUET

Monsieur le Docteur Jean DALAYEUN

Médecins-Attachés à l'Hôpital RAYMOND POINCARE

Qu'ils trouvent ici le témoignage de notre profonde et sincère reconnaissance pour l'aide qu'ils nous ont apportée dans notre travail.

—

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Monsieur le Professeur P. MOULONGUET.
Monsieur le Professeur A. AMELINE.
Monsieur le Professeur J. VARANGOT.
Monsieur le Docteur P. De GRACIANSKY.
Monsieur le Docteur H. BLOCH-MICHEL.
Monsieur le Professeur R. TURPIN.
Monsieur le Docteur A. NETTER.
Monsieur le Docteur R. CLAISSE.

Toute notre reconnaissance.

--

A MESSIEURS LES REEDUCATEURS
ET MESDAMES LES REEDUCATRICES

Avec notre admiration pour leur magnifique travail, leur foi, leur patience, leur compétence.

Tous nos remerciements, en particulier à

Madame JOUIN, Rééducatrice en Chef,

Madame CHAMPION,

Madame MOREL,

Madame LORENZI, Rééducatrice de la parole,

sans qui cette étude n'aurait pu être réalisée.

Nous tenons à remercier Monsieur le Directeur
de l'Hôpital RAYMOND POINCARE pour l'intérêt
qu'il a bien voulu prendre pour notre travail
et l'aide qu'il nous a apportée.

Nous remercions aussi très sincérement :

Madame LANGUY,
Secrétaire Médicale de Monsieur le Docteur CLAISSE,

Mademoiselle LIGHEREUX,
qui ont assumé avec tant de dévouement la plus
grande part du travail matériel de cette étude.

Nous remercions les Laboratoires LATENA pour
la réalisation de notre iconographie.

INTRODUCTION

Les problèmes de Rééducation des handicapés physiques prennent, à juste titre, une place chaque année plus importante en France et dans le Monde. Médecins et Pouvoirs Publics se sont efforcés d'améliorer le sort des enfants atteints de Poliomyélite ou de Troubles moteurs d'origine encéphalopathique, des victimes de traumatismes graves, des Paraplégiques.

Nous voudrions envisager dans ce travail les résultats de la Rééducation fonctionnelle chez une autre catégorie de malades : les HEMIPLEGIQUES.

Bien que trop longtemps négligée, l'Hémiplégie représente l'une des indications majeures de la Rééducation, comme l'ont souligné à maintes reprises, GROSSIORD et LEREBOULLET. Sa fréquence est certainement supérieure à celle des autres handicaps physiques que nous venons de citer. Elle touche des sujets de tout âge et de toutes conditions : plus de la moitié de nos malades avaient moins de 59 ans et jouissaient, avant leur accident, d'une importante activité physique et mentale, professionnelle et familiale.

Le fait que les affections vasculaires, Hypertension et Athérome, représentent la principale cause de nos Hémiplégies (comme nous le verrons à la fin de ce travail) ne doit pas en diminuer l'intérêt, bien au contraire. Par ce biais, l'Hémiplégie s'intègre dans le vaste ensemble des maladies vasculaires de surcharge, préoccupation majeure de la Médecine d'aujourd'hui, avec une fréquence et une gravité au moins égales à celles des affections coronariennes.

Il nous semble donc, à la lumière de ces brefs arguments, que l'Hémiplégique et son avenir doivent susciter un intérêt sans cesse grandissant, non seulement chez le médecin praticien, le biologiste ou le kinésithérapeute, mais aussi parmi les responsables de la Santé Publique et les Organismes de Sécurité Sociale. Il importe à tous, en effet que la "Réadaptation" de ces sujets soit réalisée dans les conditions les meilleures, avec le maximun de moyens, de façon à obtenir une durée d'hospitalisation la plus courte possible.

Pour tenter de contribuer à cet effort en faveur des Hémiplégiques, nous avons, dans ce travail, dressé un premier bilan portant sur 665 Malades. Tous ont été hospitalisés entre 1955 et 1960 à l'Hôpital RAYMOND POINCARE de GARCHES, dans le Service de notre Maitre, Monsieur le Docteur Robert CLAISSE.

Le grand nombre de dossiers examinés nous a contraint à utiliser un système de fiches perforées, à contenance limitée. Nous n'avons donc pu tenir compte de certains détails, tant séméiologiques que biologiques, ni envisager certains cas particuliers, pourtant parfois remarquables.

.../..

En fait, notre but essentiel était de comparer l'état fonctionnel des malades à leur entrée et à leur sortie du service, en faisant intervenir les notions de sexe, d'âge, de côté, de délai écoulé entre l'accident et le début de la rééducation, de complications intercurrentes, etc, un chapitre particulier étant consacré aux étiologies et à leurs incidences pronostiques.

Pour établir les bilans d'entrée et de sortie, nous avons volontairement choisi des critères simples, pratiques et strictement fonctionnels.

Nous espérons dans notre conclusion, pouvoir apporter quelques notions utiles pour la Rééducation des Hémiplégiques, montrant ce que l'on peut obtenir chez ces malades si souvent abandonnés à eux-mêmes, après la phase aigüe de leur accident neurologique.

=-=

P L A N

PREMIERE PARTIE :

1. Buts et Méthodes de la Rééducation.
2. Recrutement des Malades.
3. Classification générale des Malades.
4. Complications et Associations pathologiques.
5. Récidives Hémiplégiques survenues pendant la Rééducation.
6. Décès survenus pendant la Rééducation.
7. Délai écoulé entre Hémiplégie et Rééducation.

DEUXIEME PARTIE :

1. Bilan d'Admission des Malades.
2. Interventions correctrices.
3. Durée de la Rééducation.
4. Bilan général de Sortie.
5. Bilan de fin de Rééducation.

TROISIEME PARTIE :

Résultats de la Rééducation selon les diverses Etiologies.

C O N C L U S I O N S.

PREMIERE PARTIE

I. BUTS & METHODES DE LA REEDUCATION

QUE DOIT-ON ATTENDRE DE LA REEDUCATION DES HEMIPLEGIQUES ?

Non pas une restitution ad integrum (qui peut certes se voir, mais bien rarement et en fait, il s'agit plus alors d'une Hémiparésie que d'une Hémiplégie) mais la possibilité pour le malade d'être indépendant.

Nous entendons par là, qu'il doit pouvoir :

I. Marcher seul. (Avec ou sans canne, celà sera distingué)
2. Monter et descendre seul, les escaliers.
3. S'habiller seul.
4. Manger et faire sa toilette seul. (En fait, l'expérience quotidienne du service, prouve que ces deux dernières activités sont possibles lorsque le malade peut se déplacer, s'assoir et se lever seul, à condition de ne pas avoir à découper de viande - ceci étant facilement réalisé en hachant la viande, par exemple).

Toute la Rééducation est orientée dans le sens de cette recherche de l'indépendance, car elle permet la réintégration familiale et sociale de l'Hémiplégique.

Les méthodes de Rééducation employées à l'Hôpital Raymond Poincaré ne diffèrent nullement de celles des autres centres.

Rappelons les étapes maintenant bien connues de la Réadaptation fonctionnelle.

I/ LA REEDUCATION DU MEMBRE SUPERIEUR : (à mettre au plus tôt en oeuvre, car sa précocité conditionne sa qualité. Elle sera passive dès l'accident hémiplégique, puis active dès que possible).

II/ POUR LE MEMBRE INFERIEUR : se succèdent :

a) la mise en position debout.
b) la marche dans les barres parallèles.
c) puis la marche avec et sans aide du rééducateur.
d) la marche avec ou sans canne.
e) et enfin, la montée et la descente des escaliers. (Cette dernière étant très difficile : les malades ont peur de la chûte).

Par ailleurs, il faut insister sur l'intérêt de chaussures orthopédiques adaptées à chaque cas particulier ; chaussures dont le port à lui seul facilite la démarche et permet des progrès considérables, sans fatigue pour le malade.

.../..

Ainsi de nombreux Hémiplégiques, vus même tardivement, ont pu gravir des escaliers, activité impossible pour eux avant cet appareillage simple.

Dans le service les locaux mis à la disposition des Rééducateurs comprennent :

— 4 Salles de Rééducation, avec le matériel habituel.
— 2 Salles d'Ergothérapie pour la Rééducation du membre supérieur (et aussi la perfection de l'adresse du membre sain - gauche en particulier).
— I Salle de Rééducation de la parole.

Le personnel est nombreux, de I2 à I5 Rééducateurs et Rééducatrices, Masso-Kinésithérapeutes, auxquels s'ajoutent des stagiaires en nombre variable.

La Rééducation de l'Aphasie est assurée par une Psychologue spécialisée et une Rééducatrice de la parole.

Nous exprimons ici à Mesdames et Messieurs les Rééducateurs et Rééducatrices notre sincère admiration pourla compétence, le dévouement, la patience et la foi que tous et toutes mettent dans leur travail. L'ambiance d'émulation et de camaraderie des malades entre eux est une caractéristique essentielle (et nécessaire) d'un centre de Rééducation et il convient d'en rendre hommage à l'énergie de l'équipe de rééducation.

2. RECRUTEMENT DES MALADES

Dans notre travail nous n'étudierons que les Hémiplégies d'origine centrale ; nous en avons exclu les atteintes à topographie hémiplégique :

I/ de la Poliomyélite antérieure aigue et du Syndrôme de Guillain-Barré,
2/ des Encéphalopathies infantiles,
3// de la Sclérose en plaques.

La presque totalité des malades a été recrutée par une consultation spécialisée. Cette consultation reçoit les malades hémiplégiques provenant de tous les Hôpitaux de Paris (Assistance Publique, Hôpitaux et Cliniques privés).
La Consultation refuse systématiquement tous les malades domiciliés hors de la Seine, mais accepte les sujets envoyés de leur domicile par leur médecin traitant. Cette dernière catégorie est toutefois de très faible importance, l'énorme majorité des malades étant recrutée dans les hôpitaux de Paris.

Lors de cette première consultation, un triage essentiel est effectué parmi les nombreux malades de toute gravité qui nous sont adressés.

Seuls sont acceptés les Hémiplégiques ayant une chance même minime de Récupération même partielle.

.../..

C'est ainsi que nous avons refusé presque constamment :

I. LES HEMIPLEGIES ANCIENNES, c'est-à-dire lorsqu'un délai supérieur à 6 mois s'était écoulé entre l'apparition de l'Hémiplégie et la Consultation, ces malades présentant habituellement des déformations fixées et irréductibles (avec cependant de très nombreuses exceptions à cette règle, si l'état fonctionnel du malade permet d'espérer des progrès notables).

2. LES MALADES ENVOYES au contraire trop précocement, avant la troisième semaine, alors que l'accident aigu n'était pas encore complétement résolu ; (un hématome intra-cérébral par exemple étant toujours possible). Ces cas sont fort rares.

3. LES MALADES TRES GRAVEMENT TOUCHES et notamment les Grabataires pseudo-bulbaires. L'expérience nous a montré que la rééducation était en règle inefficace chez ces sujets, qui ne peuvent coopérer avec le Rééducateur (massages et mobilisation passive restent possibles, mais seule la mobilisation active permet une véritable récupération motrice).

Par contre nous avons accepté la plupart des Hémiplégies accompagnées d'une Aphasie sévère, celles compliquées de troubles sphinctériens ou d'escarres, le service est en effet équipé pour les soins de "nursing", de Rééducation vésicale et de rééducation du langage.

---

3. CLASSIFICATION GENERALE DES MALADES

Tous les Hémiplégiques entrés entre le Ier Janvier I955 et le 3I Décembre I959 seront étudiés dans ce travail, sans choix ni tri d'aucune sorte. Ces dates n'ont pas été fixées arbitrairement. C'est en I955 que s'est dessinée l'orientation vers la Rééducation et la mise en oeuvre de celle-ci de façon systématique dans le Service. La date du 3I Décembre I959 a été choisie afin d'avoir un recul de 6 mois au moins lors de l'établissement définitif des derniers résultats, ce recul, on le verra plus tard, permettant de faire un pronostic valable pour les derniers malades entrés en I959.

Ces 665 malades ont été admis de la façon suivante :

78 d'entre-eux en I955
I3I " " " " I956
I34 " " " " I957
I77 " " " " I958
I44 " " " " I959.

.../...

A. REPARTITION SELON LE SEXE ET LE COTE ATTEINT

Le tableau ci-contre montre :

I°/ Qu'il y a 363 H-ommes pour 302 Femmes (soit I0 % de plus).

2°/ Que la proportion d'HEMIPLEGIES DROITES (53 %) et d'HEMIPLEGIES GAUCHES (47 %) est constante et égale dans les 2 SEXES.

3°/ Que le Pourcentage des malades admis pour rééducation de récidive hémiplégique est de I6 % environ du total des cas (I05 cas sur 665)

a) il est sensiblement égal dans les deux sexes, un peu plus élevé chez la Femme.

b) le côté de la récidive est dans 60 % des cas celui de la première Hémiplégie.

Il faut noter que, dans ce tableau, comme ultérieurement d'ailleurs, les sujets gauchers présentant une Hémiplégie gauche ont été considérés comme "Hémiplégie Droite" et à l'inverse, les gauchers atteints d'Hémiplégie droite, "Hémiplégie Gauche".

Cette classification répond par ailleurs à la présence ou l'absence d'Aphasie, ce qui confirme bien cette rectification physiologique.

(Tableaux : pages 6 et 7)

HEMIPLEGIES DROITES ET GAUCHES (Selon le Sexe)

HOMMES		FEMMES		TOTAL
Droites	Gauches	Droites	Gauches	
		I° Atteinte		
I60 5 (G)	I42 I (id)	I35 I (id)	II3	550 7
		Formes Particulières		
I (alt.)		I (id)	I (id)	3
I66 45,7%	I43 39,3 %	I37 45,4 %	II4 37,7 %	560 84,I %
		2° Atteinte et plus		
27 7,4%	27 7,6 %	23 7,6 %	28 9,3 %	I05 I5,9 %
		TOTAL		
I93 53,I%	I70 46,9 %	I60 53 %	I42 47 %	
363 54,6 %		302 45,4 %		665

MALADES ADMIS POUR RECIDIVE D'HEMIPLEGIE

a : D + A = Hémiplégie droite avec Aphasie -
D ss A = Hémiplégie droite sans Aphasie -
G = Hémiplégie gauche.

HEMIPLEGIES DROITES		HEMIPLEGIES GAUCHES	
Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
	I° RECIDIVE		
22 Dr.+ Aph. I° Atteinte II D.+ A. 4 D ss A. 5 Gauche 2 Ictus résolutifs.	I∅ I9 Dr.+ Aph. I° Atteinte II D. + A. I D.ss A. 6 Gauche I Ictus résolutif.	I∅ I9 Gauche I° Atteinte I2 Gauche 2 D + A. 4 D.ss A. I Ictus résolutif.	I∅ 22 G. I° Atteinte 7 G. 5 D.ss A. 7 D.+ A. 3 Ictus résolutifs.
	2∅ 2 D.ss A. I° Atteinte I D ss A. I G	2∅ I G.+ A. I° Atteinte I D.ss A.	2∅ 3 G. + A I° Atteinte 3 G ss A.
	2° RECIDIVE et plus		
5	2	7	3
	TOTAL		
27	23	27	28
50		55	
	I05 en tout		
48 %		52 %	

B. REPARTITION DES APHASIES

Le tableau ci-dessous résumé les cas d'Aphasie.

On en déduit que les Hommes en sont plus souvent victimes que les Femmes, aussi bien à la première atteinte que lors des récidives. (L'Aphasie touchant alors, en effet, la totalité des Hommes, contre 87 % des Femmes).

Le pourcentage des Hémiplégies Gauches avec Aphasie est aux alentours de I0 %. Il est plus élevé lors des récidives.

HEMIPLEGIES AVEC APHASIE

Les malades gauchers, Hémiplégiques gauches sont comptés comme Hémiplégiques Droits)

	DROITES		GAUCHES	
	HOMMES	FEMMES	HOMMES	FEMMES
I° ATTEINTE	I46 88 %	I07 78,I %	I8 I2 %	9 7,8 %
RECIDIVES	27 I00 %	20 87 %	3 II %	4 I4,6 %

.../..

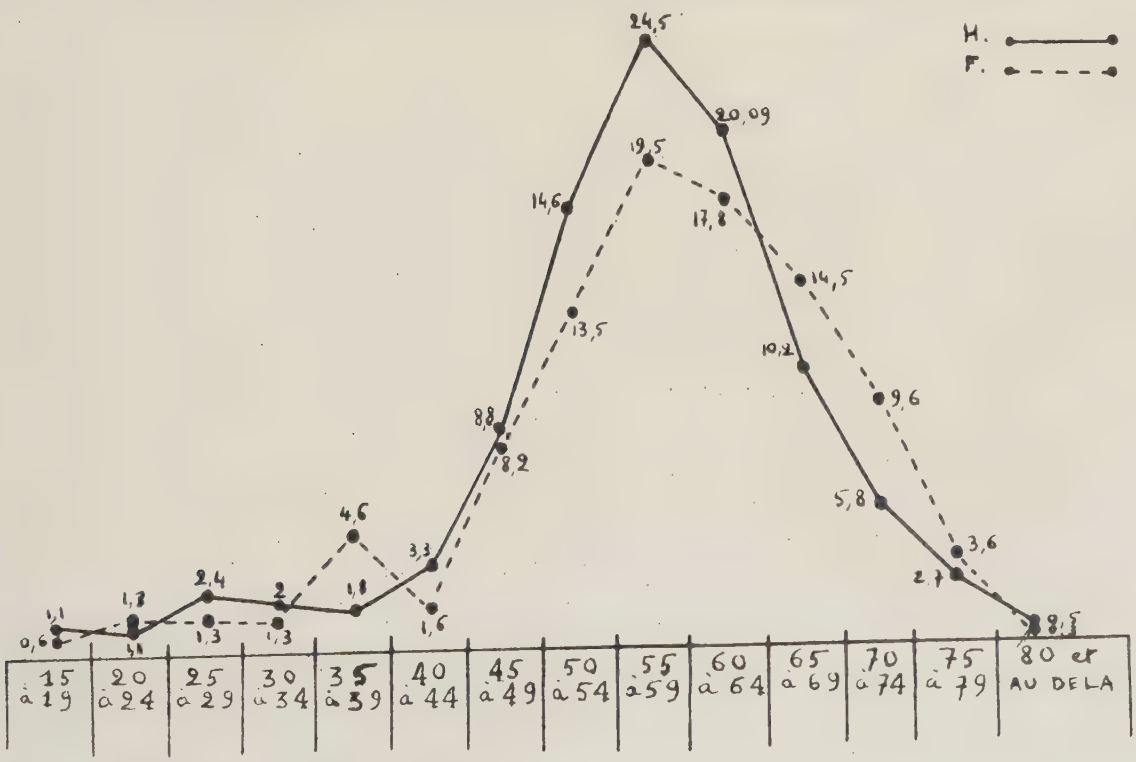
C. CLASSIFICATION SELON L'AGE

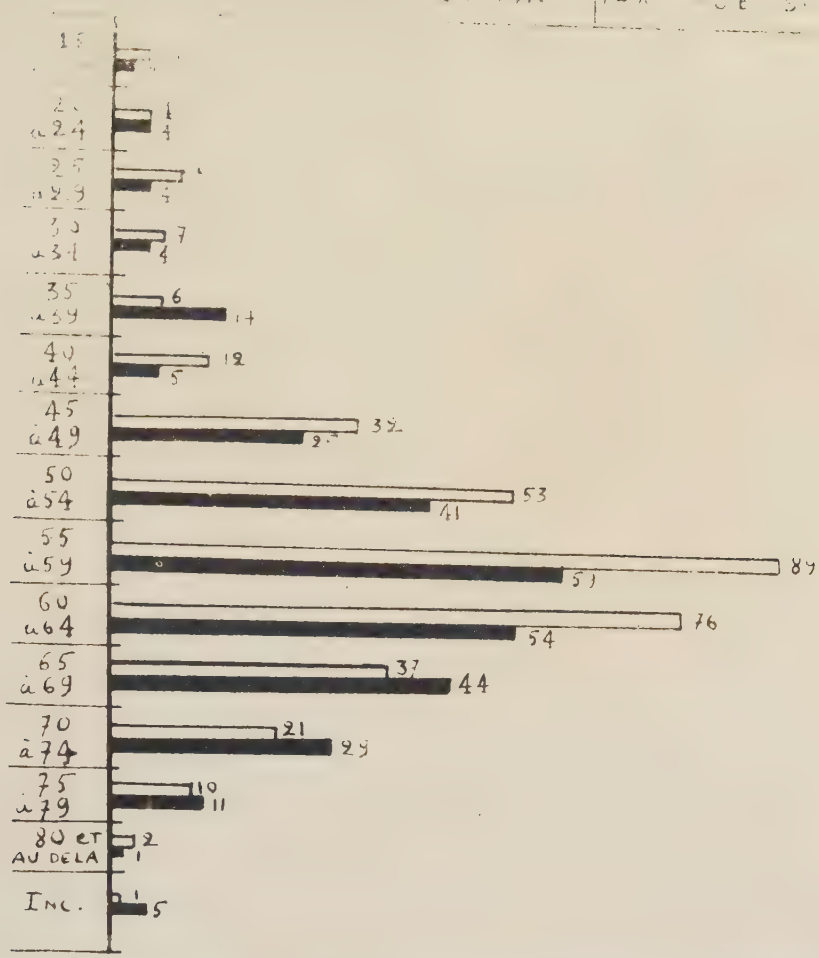
La répartition des cas selon l'âge par tranches de 5 ans s'inscrit sur des courbes réalisées en pourcentage et en chiffres absolus, courbes dont le sommet très net se situe entre 55 et 65 ans, aussi bien chez l'Homme que chez la Femme.

La courbe de Pourcentage ci-dessous montre cependant que ce maximum est moins net pour le sexe féminin et qu'il y a plus d'atteintes chez la Femme après 70 ans (coïncidant avec sa plus grande longévité).

Par contre, avant 40 ans, les courbes sont comparables et moins significatives, étant donné le petit nombre de malades.

- POURCENTAGE DES CAS SELON L'ÂGE ET LE SEXE -




M
F
15
20 à 24
25 à 29
30 à 34
35 à 39
40 à 44
45 à 49
50 à 54
55 à 59
60 à 64
65 à 69
70 à 74
75 à 79
80 ET AU DELA
INC.
32
53
41
87
51
76
54
37
44
21
29
10
11
2
1
5

4. COMPLICATIONS ET ASSOCIATIONS PATHOLOGIQUES

Ce chapitre est singulièrement fourni et varié, puisqu'il intéresse environ 45 % des Hémiplégiques.

Ces manifestations sont du point de vue chronologique de 3 ordres :

I°/ Préexistantes à l'Hémiplégie, telles : angor, tuberculose, artérite, affections rhumatismales, par exemple.

2°/ Survenues lors de l'ictus et de la phase aiguë de l'Hémiplégie, telles : traumatismes, escarres.

3°/ Survenues pendant la Rééducation : Elles sont de gravité variable :

a) les unes ont arrêté définitivement la rééducation.

b) d'autres l'ont seulement retardée ou rendue incomplète.

c) les complications ayant entraîné la mort du malade seront vues au chapitre "décès" et ne sont pas traitées ici.

Sur le tableau récapitulatif, plusieurs remarques doivent être faites

I°/ Le plus grand nombre des complications d'ordre médical se rattache aux affections cardio-vasculaires (au sens large du terme) et l'on voit que l'H omme a été atteint bien plus souvent que la Femme de Coronarite, d'Artérite et de Phlébite.

2°/ L'obésité a été citée, car un excès pondéral est une gène considérable à une Rééducation active, surchargeant un membre inférieur déjà déficient.

3°/ Au chapitre chirurgical les affections traumatiques anciennes ont été signalées lorsque des séquelles importantes persistaient.
Celles qui sont classées "récentes" sont souvent dues à la chute inaugurale de l'ictus (fractures du col fémoral en particulier) parfois à des chutes lors des séances de rééducation ou lors des sorties des malades (couloirs, escaliers, parc de l'hôpital ou en permission).

4°/ Enfin, les complications d'ordre Neurologique ou Neuro-psychiatrique sont à considérer. Si seuls, 2 internements ont été nécessités par le développement d'une démence, 34 fois un psychisme défaillant ou une opposition ont été notés. Dans ces cas, la coopération du malade est par conséquent nulle, de même que ses chances de récupération.

Les Pseudo-Bulbaires et les Lacunaires sont le plus souvent légérement atteints, les cas graves étant exclus des malades admis par la consultation.

L'Epilepsie est une complication importante et fréquente, touchant en effet : 57 Malades (soit I5,6 %). Elle a été de type "généralisée" dans 4I cas. De type "Bravais-Jacksonnienne" dans I6 cas.

Si cette comitialité est en règle contrôlée par le traitement médical, elle n'en constitue pas moins un handicap pour une réintégration sociale du malade.

Le tableau ci-après récapitule la totalité de ces complications et associations pathologiques.

Tableaux : pages I2 et I3

.../..

COMPLICATIONS AYANT TROUBLE OU RETARDE LA REEDUCATION

		HOMMES	FEMMES	TOTAL
		I63 45 %	I28 42 %	
Escarres		7	I0	I7
Affections Cardio-Vasculaires.	Insuffisances cardiaques	I0	I0	20
	Péricardite chronique	I		I
	Coronarites	9	4	I3
	Infarctus myocardiques	3	I	4
	Artérites	I6	I	I7
	Phlébites	I4	5	I9
	Pouls lent permanent		I	I
Affections Pulmonaires	Abcès	I		I
	Infections graves	2	I	3
	Embolies pulmonaires	3	2	5
	Tuberculose	I	I	2
	Pneumothorax emphysèmateux	I		I
	Asthme		I	I
	Pleurésie S.F.		I	I
Affections Digestives	Ulcus bulbaires	3		3
	Ulcus P.C.		I	I.
	Maelenas	2		2
	Ictères viraux	2	2	4
Divers	Thrombasthénie	I		I
	Acromégalie		I	I
	Myxoedème		I	I
	Zona		I	I
Affections Uro-Génitales	Néoplasmes prostatiques	2		2
	Tuberculose rénale	I		I
	Lithiase vésicale	I		I
	Incontinences	4	2	6
	Lithiase rénale		I	I
	Hydronéphrose		I	I
	Rétentions		I	I
	Néo. de l'ovaire		I	I
Affections Rhumatologiques	P.C.E.	2	3	5
	Paget	4	I	5
	Gonarthroses		2	2
	Coxarthroses		4	4
	Ankylose multiple		I	I
Glaucome	Glaucome	I	I (cécité)	2
Obésité	Obésité	6	9	I5

.../

COMPLICATIONS AYANT TROUBLE OU RETARDE LA REEDUCATION (suite)

		HOMMES	FEMMES	TOTAL
AFFECTIONS CHIRURGICALES	FRACTURES ANCIENNES			
	Humérus	I		I
	Col fémoral	I		I
	Poly-fracture Membre inférieur	I		I
	Cuisse (raccourcissement)		I	I
	AMPUTATIONS ANCIENNES			
	Cuisse	2		2
	Jambe	I		I
	Bras	I		I
	FRACTURES RECENTES et pendant la REEDUCATION			
	Humérus		2	2
	id. + Luxation	I	I	2
	Luxation épaule	I		I
	Poignet		I	I
	Ischion		I	I
	Col fémoral	3	7	I0
	Calcanéum		I	I
	Fractures spontanées (même malade)		4	4
	Côtes (= tabès)		I	I
	DIVERSES			
	Résection I° Méta.	I		I
	Abcès (fesse)	I		I
	Arthrite genou (purulente)		I	I
	Amputation (Cuisse)		I	I
	Embolie poplitée		I	I
	Embolectomie bifurc. aortique		I	I
	Pott cervical	I		I
	Hémorragie ulcus	I		I
	Perfor. ulcus	I		I
	Cystostomie	I		I
	Cholescystectomie	I		I
AFFECTIONS NEUROLOGIQUES	Démence, défaillance psychique	II	I5	26
	Oppositions à la rééducation	7	3	I0
	Lacunaires -pseudo-bulb.	29	9	38
	Epilepsies B.J.	7	9	I6
	Epilepsies généralisées	24	I7	4I
	Syndrômes cérebelleux	2	2	4
	Ataxie	I		I
	Tabès		I	I
	Parkinson	I		I
	Polynévrite éthyl.		I	I

5. RECIDIVES HEMIPLEGIQUES SURVENUES PENDANT LA REEDUCATION

- 36 Récidives ont été observées, soit chez 5,4 % des malades. Elles ont été un peu plus fréquentes chez l'Homme (6 %) que chez la Femme (4,6 %).

- 6 d'entre-elles (d'origine embolique) sont apparues malgré un traitement anti-coagulant au long cours et régulièrement surveillé.

- 24 ont été mortelles, dont 2 survenues sous anti-coagulants.

RECIDIVES

HOMMES : 22 (6 %)	FEMMES : I4 (4,6 %)
3 Hémiplégies droites 3 Hémiplégies gauches I Ictus résolutif.	3 Hémiplégies droites I Hémiplégie gauche I Ictus résolutif.
RECIDIVES MORTELLES	
I5	9

Au total, ce bref tableau objective la haute gravité pronostique de ces récidives.

---

6. DECES

Nous étudierons à présent les décès survenus au cours de la Rééducation : ils sont au nombre de 92, soit I3,8 %, des malades admis.

I/ Les Récidives sont la cause principale de mortalité des malades : 24 Cas

2/ Les Affections Cardio-Vasculaires les égalent (essentiellement : l'Asystolie et l'Infarctus du Myocarde) : 23 cas. ..... : 23 cas

3/ Viennent ensuite les Affections Pulmonaires : 9 cas ..... : 9 Cas

4/ L'évolution vers un état marastique irréversible avec infections multiples représente : 7 Cas. .. .. / 7 Cas

5/ L'insuffisance rénale est aussi, souvent en cause : 5 Cas. ... 5 Cas

6/ Un suicide est à déplorer et indique bien la lutte constante qu'il faut mener pour entretenir le désir de rééducation chez certains Hémiplégiques.

Les différentes causes de décès sont détaillées dans le tableau suivant : Tableau page I5.

DECES SURVENUS PENDANT LA REEDUCATION

		HOMMES	FEMMES	TOTA
Affections neurologiques	Récidives - Hémiplégie	I5	9	24
	Tumeurs cérébrales	3		3
Affections Cardio-Vasculaires	Insuffisance cardiaque	6	5	II
	Infarctus myocarde	2	3	5
	Thrombose oreillette		I	I
	Rupture anévrysme de l'Aorte abdominale	I		I
	Collapsus	3	2	5
Affections Pulmonaires	Infections	8	I	9
	Embolie pulmonaire		I	I
Affections Rénales	Comas urémiques	2	3	5
Affections Digestives	Hématémèse	I		I
Néoplasies		6		6
Infections générales (Marasme)		5	2	7
Mort subite		2	I	3
Suicide	Défenestration	I		I
Post-opératoires		I	3	4
Etiologies inconnues		2	3	5
		58	34	92

7. DELAI ECOULE ENTRE HEMIPLEGIE ET REEDUCATION

La dernière donnée générale à considérer est le délai écoulé entre l'accident hémiplégique et la Rééducation active. Nous verrons son importance lors de l'étude des résultats.

Il n'est pas possible ici de mettre en évidence le rôle bienfaisant d'une mobilisation passive immédiate après l'accident aigu, des données précises à ce sujet manquent le plus souvent dans les dossiers (nombre et durée des séances etc). L'impression générale est cependant extrêmement favorable, surtout en ce qui concerne l'épaule où cette mobilisation est indispensable et évite bien des déboires ultérieurs.

Les délais ont été classés différemment selon leur durée :

I°/ La première tranche comprend des malades rééduqués tôt, au cours des 3 premiers mois (40 % environ du total).
Comme on le verra sur le tableau suivant les cas rééduqués au cours du premier mois qui suit l'accident aigu sont très rares.

2°/ La deuxième tranche va de 3 à 6 mois après l'Hémiplégie (28 % des cas).

3°/ Les 2 groupes suivants sont constitués par les malades pris en rééducation

a) de 6 à I2 mois :- b) de I2 mois à plus.

après l'accident initial.

Les malades de cette dernière catégorie ont d'ailleurs souvent déjà subi une Rééducation qu'ils comptent alors parfaite.

DELAIS ECOULES ENTRE L'HEMIPLEGIE ET LA REEDUCATION

Délais en mois	0	I	2	3	4	5	6	6 à I2	I2 et au-delà	Inconnu
HOMMES	6	32	63	60	40	32	24	50	48	8
FEMMES	3	25	3I	44	33	32	29	55	35	I5
TOTAUX		264			I90					
Partiels	I6I H.		I03 F.		96 H.		94 F.	I05	83	23

.../..

DEUXIEME PARTIE

Dans la deuxième partie de ce travail, nous aurons en vue tout spécialement, les résultats de la rééducation en comparant les bilans d'entrée et de sortie des malades.

I. BILAN D'ENTREE DES MALADES

Son établissement a nécessité le classement des malades en catégories bien définies. Pour cela, nous disposions d'une part des observations (ou de leur résumé, en cas de placement), d'autre part des fiches de rééducation des malades.

Des critères de Motricité simples et purement fonctionnels ont été choisis.

Quatre possibilités ont été retenues :

I. Possibilité de marcher sans canne : M. (en abrégé)

2. Possibilité de marcher avec canne : M.C.

3. Possibilité de marcher avec l'aide d'une tierce personne ..... : M.T.

4. Impossibilité de marcher : M.O.

Il est à noter que le degré de spasmodicité et l'atteinte de la sensibilité profonde n'ont pas été mis en cause dans cette classification. Leur faible incidence sur la possibilité de Rééducation a déjà été démontrée (LEREBOULLET).

D'autres Bilans ont été proposés.
Certains sont complexes, faisant appel à la cotation de la force musculaire, ou étudiant la vitesse et l'amplitude de la contraction musculaire. L'apparition de la spasmodicité, difficile à prévoir dans son dégré et d'intensité variable selon le moment, la fatigue etc, les rend assez aléatoires chez les Hémiplégiques.

D'autres utilisent de plus toute une série de phénomènes dits de "facilitation" (BOBATH).

D'autres, encore notent le résultat d'une liste type de mouvements bien codifiés, mais multiples et souvent très complexes (MICHELS).

Enfin, LEREBOULLET et LEMOINE Ont proposé une classification établie d'après le pourcentage d'invalidité du malade et la possibilité d'un travail rénuméré.

Dans ce travail, nous nous sommes bornés à un bilan simple.
Il ne met en cause, que des fonctions globales, grossières certes, mais qui ont l'avantage de montrer de façon pratique, quelles activités fonctionnelles sont possibles ou impossibles au malade, tant au début qu'à la fin de la rééducation.

.../..

D'ailleurs, une autre classification ne pouvait être envisagée pour les fiches établies à postériori, seules figurant sur les dossiers et les fiches de rééducation, ces données fonctionnelles qui vont nous servir de bases.

Le même problème s'est posé pour la codification de l'Aphasie et nous avons retenu la classification suivante :

I. Le malade peut s'exprimer normalement : P.N.

2. Le malade peut s'exprimer par phrases : P.P.

3. Le malade peut s'exprimer par mots : P.M.

4. Le malade ne peut s'exprimer oralement : P.O.

Cette classification est évidemment fort simpliste, mais elle participe de l'orientation purement "fonctionnelle" de ce travail. Il n'est pas tenu compte des autres facteurs dyslexie, dysgraphie, etc..., dont la codification aurait entraîné des subdivisions multiples.

Ces diverses possibilités d'expression vocale seront reprises en fin de Rééducation où elles correspondront aux possibilités réelles, montrant l'état fonctionnel véritable de l'aphasique devant la vie de relation.

Par exemple, un sujet capable de prononcer des mots ou même de courtes phrases, mais sans rapport avec les objets, désirs ou sensations à désigner, sera classé "PO" (incapable de s'exprimer).

Après avoir défini ces différentes catégories de malades les bilans d'admission ont été dressés.

Les résultats de ces bilans ont été calculés en pourcentage et résumés par des courbes, plus évocatrices que les chiffres.

Leur étude met en lumière que les Hémiplégies droites et les Hommes sont dès le début de la Rééducation, en meilleur état fonctionnel que les Hémiplégies gauches et les Femmes. Ces différences sont importantes et constantes, valables pour toutes les catégories : MO. MT. MC. M.

On peut aussi distinguer 3 degrés, en quelque sorte, d'états fonctionnels :

I/ Le premier et le plus satisfaisant est constitué par : <u>les Hémiplégies droites chez les Hommes.</u>

2/ Le second par : <u>les Hémiplégies gauches</u> chez les <u>Hommes</u>,
: <u>les Hémiplégies droites</u> chez les <u>Femmes</u> (d'état sensiblement équivalent).

3/ Le troisième et le plus médiocre par : <u>les Hémiplégies gauches</u> chez <u>les Femmes</u>.

Quant à l'Aphasie, son état lors de l'admission, est inverse, bien meilleur chez les Femmes que chez les Hommes (voir la courbe des bilans comparatifs ci-jointe).

Enfin, il existe une colonne 'Inconnus" (Inc), malades chez qui l'absence de documents n'a pas permis l'établissement d'un bilan certain. Ils sont en trop petit nombre (2 soit 0,4 % au point de vue moteur ; et II soit 3,2 % pour l'Aphasie), pour modifier de façon importante les pourcentages.

BILAN D'ADMISSION PAR SEXE

H O M M E S

	BILAN MOTEUR					BILAN d'APHASIE				
	Inc.	M.O.	M.T.	M.C.	M.	Inc.	P.O.	P.M.	P.P.	P.N.
Hémiplégies Droites		57	34	29	44	6	44	37	53	33
Hémiplégies Gauches	I	60	28	2I	3I		I	5	7	8
TOTAL	I	II7	62	50	75	6	45	42	60	4I

F E M M E S

	BILAN MOTEUR					BILAN D'APHASIE				
	Inc.	M.O.	M.T.	M.C.	M.	Inc.	P.O.	P.M.	P.P.	P.N.
Hémiplégies Droites	I	68	2I	20	30	5	25	I9	52	26
Hémiplégies Gauches		82	I7	II	I8		I	3	2	7
TOTAL	I	I50	38	3I	48	5	26	22	54	33

BILAN D'ADMISSION SELON LE COTE ATTEINT

	BILAN MOTEUR					BILAN D'APHASIE				
	Inc.	M.O.	M.T.	M.C.	M.	Inc.	P.O.	P.M.	P.P.	P.N.
Hémiplégies Droites	I	I25	55	49	74	II	69	56	I05	59
Hémiplégies Gauches	I	I42	45	32	49		2	8	9	I5
TOTAL	2	267	I00	8I	I23	II	7I	64	II4	74
		46,6%	I7,4 %	I4 %	2I,4 %		2I,3%	I9,I%	34,I%	22,I %

2. INTERVENTIONS CORRECTRICES

Il nous faut citer rapidement les 6 cas d'interventions correctrices effectuées chez nos malades :

I/ Chez les Hommes :

a) I Plastie des tendons fléchisseurs de la main.

b) 2 Ténodèses des extenseurs des doigts.

2/ Chez les Femmes :

a) I Correction d'Hallux Valgus.

b) I Arthrodèse de cheville gauche avec Ténotomie du triceps.

c) I Amputation de cuisse avec Arthrodèse de hanche pour triple flexion (une amputation appareillable ayant paru préférable à une rétraction fixée en triple flexion irréductible).

Le petit nombre des interventions plastiques pratiquées est la conséquence de leurs résultats modestes sur des muscles spastiques dont la commande centrale ainsi que l'équilibre agoniste et antagoniste sont très perturbés.

---

3. DUREE DE LA REEDUCATION

Elle a été comptabilisée :

I/ En Mois : de I à 6 mois (avec le nombre de malades correspondant à chaque mois).

2/ De 6 mois à I an.
3/ De I à 2 ans.
4/ De 2 ans à plus.

) Résultats alors groupés pour chaque période.

Différents modes de sortie ont été envisagés, comme ils le seront pour l'étude des résultats :

I/ Entraînant la reprise familiale : a) sortie normale sur avis médical, b) sortie sur demande du malade.

2/ Sortie par placement dans des Etablissements publics et même privés (car seule est alors considérée l'inaptitude à une vie normale).

Plusieurs remarques importantes s'imposent :

I) Il est question ici de reprise "familiale" alors que parfois, le sujet réintègre son domicile mais en fait, y vit seul et que l'entourage familial, s'il est fréquent, est loin d'être constant.

.../..

2/ Les malades placés le sont, en règle, à cause du mauvais résultat obtenu par la Rééducation. Cependant, d'autres le sont pour des raisons diverses (manque de ressources, isolement social etc.) alors que l'étude des résultats montre qu'ils pourraient être considérés comme "indépendants".

3/ Certaines Rééducations, atteignant parfois 2 ans ou même plus dans certains cas, donc démesurément longues apparemment, ont été interrompues par des complications ou poursuivies de façon espacée chez des malades en attente de placement.

4/ Les Hommes fournissent la grande majorité des "sorties sur demande" et ceci, dès le premier mois.

Tableau page 23.

DUREE DE LA REEDUCATION

REINTEGRATION FAMILIALE

Durée en mois		I	2	3	4	5	6	6 à I2	I2 à 24	24 et plus
Sortie sur demande.	H	I0	6	7	I	2	I	6	2	
	F	3	4	3		2	4	I	2	I
Sortie Normale	H	4	I2	I9	I5	I6	I3	52	28	7
	F	3	II	I3	I7	I0	8	42	20	7
Réintégration Famili.		20	33	42	33	30	26	I0I	52	I5

PLACEMENT

Durée en mois		I	2	3	4	5	6	6 à I2	I2 à 24	24 et plus
Placement	H		I	2		6	3	8	I2	I3
	F	I	I				I	5	2I	I4
Total		I	2	2		6	4	I3	33	27

	/ De I mois à 6 mois /	/ de 6 mois et plus /
TOTAL GENERAL.	I84 Réintégrations familiales. I4 Placements. = I98 soit 45 % des sortants.	I68 Réintégrations familiales. 72 Placements. =240 soit 55 % des sortants

.../..

4. BILAN GENERAL DE SORTIE

Nous envisagerons maintenant le bilan général de sortie.

Le tableau suivant expose les résultats globaux au Ier Juillet I960, c'est-à-dire avec un recul de 6 mois, par rapport aux derniers malades entrants (3I Décembre I959). Rappelons que ce délai correspond à la durée de Rééducation suffisante pour près de 50 % des cas.

80 % des malades sortants ont bénéficié d'une Réintégration familiale (avec ses 2 modes : sortie normale et sortie sur demande).

- Les Placements (y compris les transferts dans d'autres services; avec alors, abandon de la Rééducation) ne représentent que 20 % des sortants.

- Le titre "malades non sortis" apparait ici, groupant 20 % du total des malades.

Ce sont, d'une part les sujets peu nombreux, en cours de placement ; d'autre part, les malades retardés par des complications préexistantes ou intercurrentes, ou dont la rééducation se révèle lente et difficile.

Quelques remarques doivent être faites à leur sujet.

I°/ Dans l'ensemble ce sont des malades admis en I959 et il est raisonnable d'attendre d'eux les mêmes pourcentages de résultats que pour les sujets sortis.

2°/ Cependant, aucune prévision n'a été faite, les modes de sortie et leur pourcentage ne sont étudiés que sur les malades effectivement sortis.

3°/ Par contre, le résultat de la Rééducation a été établi fin Juin I960 d'après l'état fonctionnel à cette date. Il est certainement pessimiste car de nombreux sujets feront encore des progrès surtout lorsque peu de chose les rendrait indépendants (descendre des escaliers, par exemple).

La statistique générale est donc un peu moins bonne que ce qui sera obtenu en fait. Mais, les mauvais résultats n'étant pas en nombre négligeable dans les malades non sortis, les omettre aurait faussé les résultats définitifs.

4°/ Ces résultats de Rééducation seront donc jugés sur 573 malades (305 Hommes et 268 Femmes) représentant 86 % des entrants.

Rappelons qu'il y a eu 92 décès, soit I3,8 % des entrants, dont le détail a été exposé plus haut.

Tableau page 25.

.../..

RESULTATS GLOBAUX au Ier JUILLET 1960

		HOMMES	FEMMES	TOTAL
Réintégration Familiale : 80,3 %	Reprise familiale :	168 = 68,6 %	131 = 67,1 %	299
	Sortie sur demande :	32 } 13,8 %	18 } 10,2 %	50
	Non rentrés de permission.	2	2	4
	TOTAL :	202 = 82,4 %	151 = 77,3 %	353 = 53,1 %
Placements et Transferts : 19,7 %	Placements	36	43	79
	Transferts	2 Chirur. 2 Psych. 1 Méd.	1 Méd.	6
	Mesure disciplinaire	2		2
	TOTAL :	43 = 17,5 %	44 = 22,6 %	87 = 13,1 %
Pourcentage global des malades sortants :		245 = 67,5 %	195 = 64,8 %	440 = 66,2 %
Malades non sortis :		60 = 16,5 %	73 = 24,1 %	133 = 20 %
Nombre de sujets rééduqués :		305 = 84 %	268 = 88,9 %	573 = 86,2 %
DECES		58 = 16 %	34 = 11,1 %	92 = 13,8 %
TOTAL GENERAL		363 Hommes	302 Femmes	= 665

5°. REPRISE D'UNE ACTIVITE PROFESSIONNELLE :

-Le nombre des malades que nous savons avoir repris une activité professionnelle importante est assez faible :

I4 Hommes (7% des malades revenus à leur domicile),
8 Femmes (5,2 %),
soit 22 au total (6,2 %).

-Ces chiffres sont certainement très inférieurs à la réalité. Nous ne pouvons cependant pas les fixer de façon exacte car, d'une part, le plus souvent les malades ne reprennent leur travail qu'après plusieurs mois de convalescence et sont perdus de vue, d'autre part un essai d'enquête par questionnaire-standard s'est révélé un échec.

-Il faut aussi faire les remarques suivantes :

a) les femmes rentrées à leur domicile reprennent leurs activités ménagères ;

b) les hommes sont souvent titulaires d'une retraite ou d'une pension ;

c) le reclassement professionnel de sujets sains aux alentours de la cinquantaine est déjà parfois difficile et cette difficulté est encore majorée, on l'imagine facilement, pour d'anciens Hémiplégiques.

d) enfin, l'entourage familial tend à réduire au maximum les fatigues et les efforts de leur malade et n'est pas toujours favorable à une reprise de l'activité professionnelle, hormis cas de nécessité impérieuse.

5. BILAN DE FIN DE REEDUCATION

CLASSEMENT DES MALADES :

Comme pour les Bilans d'admission, il a fallu définir des catégories précises pour les résultats de Rééducation. Les mêmes facteurs que précédemment ont été repris, mais d'autres s'y ajoutent, empêchant une stricte comparaison.

I. BILAN MOTEUR DE SORTIE :

Ainsi, en plus de la marche avec ses 4 modes, (avec et sans canne, avec l'aide d'une tierce personne et enfin impossible), nous considérerons l'aptitude du malade à monter et descendre les escaliers et à s'habiller.

a) Marche, montée et descente des escaliers représentent les possibilités fonctionnelles essentielles du membre inférieur et les résument assez bien.

b) Pour le membre supérieur, la seule activité retenue a été l'habillage (nous avons déjà indiqué que les malades peuvent manger et se laver seul facilement, dès qu'ils ne sont plus alités.

S'habiller est une activité importante et souvent difficile pour l'Hémiplégique. Cela implique en effet :

- un jeu articulaire et une mobilité volontaire de l'épaule.
- la possibilité d'enfiler une manche du côté paralysé, donc la possibilité de guider volontairement la main et l'avant bras, de fléchir le coude et de résister efficacement à la traction du membre sain.
- enfin, la possibilité de maintenir les pièces du vêtement pendant que la main saine les boutonne, passe des bretelles sur les épaules ou serre une ceinture.

La récupération de la main est rarement intégrale, les séquelles sont lourdes dans la grande majorité des cas. La codification n'est malheureusement pas possible dans notre étude, faute de données précises.

Nous serons donc obligés de nous contenter de la possibilité d'habillage ou non pour le degré de récupération du membre supérieur.

2. BILAN D'APHASIE :

Pour l'Aphasie, les mêmes critères que ceux du bilan d'entrée ont été repris :

- parole normale,
- mots possibles,
- phrases possibles,
- impossibilité de s'exprimer vocalement.

Aucun nouveau facteur ne s'ajoutant, les résultats peuvent être strictement comparatifs (après déduction des décès).

.../..

3. CATEGORIES DE RESULTATS :

Nous avons donc défini les diverses activités fonctionnelles ; les différentes catégories de résultats vont être à présent fixées.

a) MOTRICITE : I°/ Les Sujets "Indépendants vrais" = I. (en abrégé)

PEUVENT : - marcher sans canne,
- monter et descendre les escaliers, } seuls.
- s'habiller.

2°/ Lorsque l'aide d'une canne est nécessaire, les Sujets sont dits : "Indépendants avec canne" = IC.

Ces 2 dernières catégories sont le plus souvent réunies en une seule et constituent les bons résultats "malades indépendants").

3°/ Les Sujets qui ont besoin de l'aide occasionnelle d'une tierce personne sont dits : "Dépendants partiels" = D.P.

Le plus souvent cette aide est nécessaire pour l'habillage, plus rarement pour monter et descendre les escaliers. Ces cas sont d'ailleurs peu nombreux.

4°/ Les Sujets qui ont besoin de l'aide constante d'une tierce personne, sont dits : "Dépendants"= D.

Ce sont des sujets qui, soit ne peuvent monter ou descendre les escaliers, même aidés, soit ne peuvent marcher seuls.
(D.P. et D. constituent les résultats médiocres).

5°/ Les Sujets restant "alités" = A. forment le groupe des mauvais résultats.

b) APHASIE : Nous retrouvons la même classification qu'au bilan d'admission.

Les malades parlant normalement ou s'exprimant par phrases peuvent être considérés comme "Indépendants" au point de vue de la parole.

Les mauvais résultats, "Dépendants" sont les malades ne parlant pas ou s'exprimant par mots.

.../..

4. BILAN MOTEUR DE FIN DE REEDUCATION

Nous avons donc défini d'une part les critères fonctionnels et d'autre part, leur groupement dans les différentes catégories de résultats. Nous pourrons donc dresser le bilan moteur de fin de Rééducation.

A. B I L A N G E N E R A L :

— Les Bons Résultats (sujets "indépendants" I; et I.C, rappelons-le) représentent : 58,6 % des malades rééduqués.

— Les Résultats médiocres (sujets "Dépendants" D. et D.P.) représentent : 26 % des malades.

— Les Mauvais Résultats (malades restant "alités" "A") représentent : 14,4 % des malades.

Le dernier chiffre est fort encourageant, comparé au pourcentage des malades alités, lors de leur admission : 46,6 %

Ainsi, une réadaptation très satisfaisante de près de 60 % des malades a été possible et les malades "dépendants" (26 %) peuvent pour la plus grande partie d'entre-eux, se suffire à eux-mêmes dans une large mesure.

Il faut noter :

— qu'il y a eu 8 aggravations sur l'état fonctionnel d'admission, ce qui est très faible (soit : I,5 % du total).

— que les résultats inconnus ne représentent que 6 cas (soit I % du total)

BILAN GLOBAL DE LA REEDUCATION MOTRICE

	Inc.	Bons.	Médiocres	Mauvais
Nbre Hommes	5	I89	70	4I
%	I, 6 %	62 %	23 %	I3,4 %
Nbre Femmes	I	I46	79	42
%	0,4 %	54,5 %	29,4 %	I7,7 %
T O T A L	6 I %	335 58,6 %	I49 26 %	83 I4,4 %

A noter : 3 Aggravations (2 décès - I Alité) chez les Hommes.
5 Aggravations (2 décès - 3 Alitées) chez les Femmes.

.../..

B. ETUDE DES RESULTATS : Selon le Sexe et le Côté atteint.

I°/ SELON LE SEXE : La lecture du tableau précédent montre, comme celle des courbes établies en pourcentage, que les résultats sont meilleurs chez l'Homme que chez la Femme.

Les différences sont :
- de 6 % environ pour les Bons et Médiocres résultats.
- de 4 % pour les malades alités.

Ces différences sont donc notables et facilement mises en évidence par les courbes.

2°/ SELON LE COTE ATTEINT : Les résultats sont de valeur décroissante depuis ceux de l'Hémiplégie droite chez l'Homme, jusqu'à ceux de l'Hémiplégie gauche chez la Femme.

En effet, le pourcentage des bons résultats passe de 62 % à 49,2 % (soit près de I3 % de différence), et celui des mauvais cas de : 12 % à I7,3 %soit plus de 5 %).

Ces différences qui existaient lors du bilan d'admission et qui sont plus nettes encore ici, confirment qu'il ne s'agit pas là d'une coïncidence, mais d'une règle générale valable.

De la même façon, il est à noter que les sujets I.C. (marchants avec l'aide d'une canne) sont plus nombreux parmi les Hémiplégies gauches que parmi les droites et chez la Femme que chez l'Homme.

Ainsi, les Hommes obtiennent par la Rééducation de meilleurs résultats que les Femmes et les Hémiplégies droites, que les gauches.

C. BILAN : D'après le Mode de Sortie.

Si les bons résultats sont évidemment les plus fréquents (74 %) lors de la sortie par réintégration familiale, ils sont cependant assez nombreux lors des placements (5I %) et chez les malades non sortis (37,3 %).

Par contre, les malades alités, repris dans leur famille sont en petit nombre (5,7 %).

Le très fort pourcentage (33,6 %) des sujets alités non sortis ne doit pas être comparé à ceux des malades sortis ou placés (5,7 et I9 %).

... /..

En effet le groupe des malades non sortis ne représente que 20 % du total des malades, ce qui diminue considérablement l'importance apparente de ce chiffre.

Cependant, il nous a semblé nécessaire de faire acte des ces malades non sortis, dans leur état fonctionnel présent ; répétons que des améliorations importantes de leurs résultats doivent encore être obtenues.

DETAILS DES RESULTATS

En Pourcentage pour chaque mode de sortie

	Bons I. + I.C.	Médiocres D. + D.P.	Mauvais A.
Réintégration familiale	74 %	20,3 %	5,7 %
Placement	5I,I %	27,3 %	I9 %
Malades non sortis	37,3 %	29,I %	33,6 %

.../..

RESULTATS DE REEDUCATION MOTRICE Selon le mode de sortie, le sexe et le côté atteint.

H O M M E S

	HEMIPLEGIES DROITES						HEMIPLEGIES GAUCHES					
	Inc.	I.	IC.	DP.	D.	A.	Inc.	I.	IC.	DP.	D.	A.
Famille	I (I ?)	46	20	5	I4	7		35	I9	I	I5	5
Demande	3 (2,I?)	6	2		6			6	3		6	2
Placement		5	6	2	5	6	I (I ?)	5	7		3	3
Non-Sortis		I5	5		3	7		5	4		I0	II
TOTAL	4 (3,I?)	72	33	7	28	20	I (I ?)	5I	33	I	34	2I
		I05. 64 %		35 2I,3 %		I2 %		84 6I %		35 24,9 %		I4,8 %

F E M M E S

	HEMIPLEGIES DROITES						HEMIPLEGIES GAUCHES					
	Inc.	I.	IC.	DP.	D.	A	Inc.	I.	IC.	DP.	D.	A.
Famille		39	I2	3	II	3		25	I6		I8	4
Demande		3	4		6			2	2	I	I	I
Placement	I (I?)	4	5	I	4	5		6	8		8	2
Non-Sortis		I5	2	I	9	I2		3		I	I5	I5
TOTAL	I (I?)	6I	23	5	30	20		36	26	2	42	22
		84 60 %		35 25 %		I4,3 %		62 49,2 %		44 34,3 %		I7,3 %

../..

D. BILAN DE FIN DE REEDUCATION DE L'APHASIE

Il a été réalisé avec les mêmes critères que ceux du bilan d'admission. Les résultats sont meilleurs chez la Femme : 75,3 % de sujets Indépendants (P.N. et P.P.), que chez l'Homme : 66,3 %. Il existe donc une différence de 9 % à l'avantage du sexe féminin.

Les courbes comparant l'état fonctionnel à l'admission et à la fin de Rééducation montrent de façon évidente la supériorité des résultats chez la Femme.

RESULTATS TOTAUX

Inc.	P.O.	P.M.	P.P.	P.N.
3	34 II,8 %	49 I7 %	I07 37,2 %	95 33 %
	83 28,8 %		202 Ind. 70,2 %	

BILAN DE SORTIE DES APHASIQUES

par sexe et par côté

HOMMES

	Inc.	P.O.	P.M.	P.P.	P.N.
Hémiplégies droites	I	24	27	56	40
Hémiplégies gauches			4	6	8
TOTAL	I	24 I4,4%	3I I8,6%	62 37,3%	48 29 %

Indépendants = PN.+PP = II0 ou 66,3%

FEMMES

	Inc.	P.O.	P.M.	P.P.	P.N.
Hémiplégies droites	2	I0	I6	42	39
Hémiplégies gauches			2	3	8
TOTAL	2	I0 8,2%	I8 I4,7%	45 36,9%	47 38,4%

Indépendantes = PN. + PP = 92 ou 75,3%

.../..

E. BILAN DE FIN DE REEDUCATION DES RECIDIVES HEMIPLEGIQUES

Pour l'Aphasie, les résultats ne sont qu'assez faiblement inférieurs à ceux des premières atteintes hémiplégiques.

Par contre, les résultats moteurs sont beaucoup plus mauvais (45 % de sujets Indépendants Moteurs). Là encore, on remarque la différence nette entre les deux sexes, 57,4 % de bons résultats chez l'Homme contre 34 % chez la Femme. Ceci confirme encore la moindre efficacité de la Rééducation dans le sexe féminin.

Ces résultats, médiocres dans l'ensemble, joints aux 24 cas de décès sur 36 récidives en cours de Rééducation, montrent bien le très mauvais pronostic, aussi bien immédiat que lointain de ces récidives hémiplégiques.

RESULTATS DES RECIDIVES HEMIPLEGIQUES

HOMMES

BILAN MOTEUR						BILAN D'APHASIE				
INC.	A.	D.	D.P	I.C	I.	INC.	P.O	P.M	P.P	P.N.
I (I?)	8	9	2	9	I8		4	5	7	8
				27 57,4 %					I5 62,5 %	

dont 2 aggravations motrices .

FEMMES

BILAN MOTEUR						BILAN D'APHASIE				
INC	A.	D.	D.P	I.C	I.	INC.	P.O	P.M	P.P	P.N
	I0	I5		6	I2		2	4	8	8
				I8 34 %					I6 72,7 %	

POURCENTAGE TOTAL DES INDEPENDANTS "Moteurs" = 45 %

POURCENTAGE TOTAL DES INDEPENDANTS " du langage " = 63 %

.../..

F. RESULTATS D'Après l'âge et le sexe

Les malades, pour cette *étude, ont été classés par tranches d'âge de IO ans. Les résultats pour chaque tranche sont détaillés dans 2 Tableaux, un par sexe.

Puis ils ont été classés de la même façon pour le Pourcentage des bons résultats. On voit alors que celui-ci décroit régulièrement à mesure que l'âge s'élève.
S'il reste élevé jusqu'à 50 ans, moyen de 50 à 60 ans, (tranche d'âge ou se trouve par ailleurs le nombre maximum de malades), il s'effondre à 35 % des cas après 70 ans. Comme plus haut, ce pourcentage est plus élevé chez l'homme que chez la femme.

RESULTAT DE LA REEDUCATION MOTRICE SELON L'AGE ET LE SEXE

H O M M E S

	INC.	I5 à I9 ans	20 à 29 ans	30 à 39 ans	40 à 49 ans	50 à 59 ans	60 à 69 ans	70 et au-delà
I.		3	8	9	24	47	29	4
IC.	I		2	3	II	30	I4	5
DP.						5	3	
D.			2	2	6	26	I9	7
A.						I4	I9	8
Résultat Inc.					2 (I?)	2(I.I?)	I	

F E M M E S

	INC.	I5 à I9 ans	20 à 29 ans	30 à 39 ans	40 à 49 ans	50 à 59 ans	60 à 69 ans	70 et au-delà
I.	I	I	6	I2	I8	28	25	6
IC.	2	I		I	I	2I	I7	6
DP.				I			4	2
D.	2		2	4	7	25	I8	I4
A.					2	I5	I8	7
Résultat Inc.					I(I?)			

.../..

MALADES INDEPENDANTS MOTEURS (I. + I.C.)
Selon l'âge et le sexe.

	HOMMES		FEMMES		TOTAL	%
I5 à I9 ans	3	I00 %	2	I00 %	5	I00 %
20 à 29 ans	I0	83 %	6	75 %	I6	80 %
30 à 39 ans	I2	86 %	I3	77 %	25	78 %
40 à 49 ans	35	8I %	I9	68 %	54	77 %
50 à 59 ans	77	62 %	49	55 %	I26	59 %
60 à 69 ans	43	5I %	42	50 %	85	5I %
70 et au-delà	9	37,5%	I2	34 %	2I	35,6%

G. RESULTATS D'Après le Délai écoulé entre HEMIPLEGIE ET REEDUCATION

Une des données les plus importantes et les plus riches en conséquences, est le délai écoulé entre l'Hémiplégie et la Rééducation.

Nous n'aurons ici en vue que les sujets qui ont bénéficié d'une réintégration familiale. Pour cette seule catégorie de malades, la durée de l'hospitalisation correspond effectivement à celle de la Rééducation active.

Nous étudierons les groupes de malades rééduqués de :
- 0 à 3 mois, après l'accident aigu.
- 3 à 6 mois, après l'accident aigu.
- 6 à I2 mois, après l'accident aigu.

a) Durée de la Rééducation, donc de l'Hospitalisation :

Cette durée passe d'un peu plus de 6 mois et demi pour le premier groupe (délai maximum de 3 mois après l'accident aigu), à 8 mois pour le deuxième groupe (délai de 3 à 6 mois) et II,3 mois pour le troisième groupe (délai de 6 à I2 mois), soit donc une différence de 5 mois d'hospitalisation.

Si l'on y a joint le temps passé dans un autre service depuis l'accident aigu, on voit la longue hospitalisation (près d'I an et demi à 2 ans) nécessitée par le dernier groupe alors que 9 mois et demi au maximum suffit au premier groupe.

Ce résultat est extrêmement frappant et il convient dès à présent d'y insister.

.../..

b) Pronostic Fonctionnel : Le pronostic fonctionnel est également en rapport avec le délai écoulé. Le pourcentage de bons résultats passe de 70 % pour les malades précocement rééduqués à 53 % pour le dernier groupe. Inversement pour le Rééducation après 6 mois, celui des mauvais résultats passe de 7 % à près de I4 %.

Ainsi une augmentation du délai de 3 mois entraîne de 9 à I5 mois d'hospitalisation supplémentaire et une baisse de 25 % des bons résultats fonctionnels, avec augmentation de 50 % des mauvais résultats.

Les conséquences sociales, économiques et médicales sont donc d'une extrême importance ; or, le délai écoulé entre Hémiplégie et Rééducation est le seul facteur étudié jusqu'à présent sur lequel on puisse agir facilement. C'est donc affirmer encore l'importance de cette notion.

RESULTATS D'APRES LE DELAI ECOULE ENTRE HEMIPLEGIE ET REEDUCATION

Délai	Nombre de cas	Durée moyenne en mois	% Indépendants	% Dépendants	% Alités
0 à 3 mois	I46	6,7	70,5 %	2I,8 %	7,7 %
3 à 6 mois	I03	8	69,8 %	23,I %	7,I %
6 à I2 mois	43	II,3	53,2 %	33 %	I3,8 %

.../..

TROISIEME PARTIE

La troisième partie de notre travail sera consacrée à l'étude des diverses étiologies rencontrées chez nos malades et aux résultats obtenus selon les cas.

I. L'ETIOLOGIE VASCULAIRE : est de très loin la plus fréquente, puisqu'elle en cause dans 5I4 Hémiplégies (soit 77,3 %).
C'est ici qu'apparait le rôle des artériopathies dégénératives, avec :
- l'athérome, la surcharge lipidique, les associations possibles d'une coronarite ou d'une artérite des membres inférieurs.

Nous avons tenté un bilan à la fois clinique et biologique de ces malades "vasculaires" qui font actuellement l'objet de nombreuses études.

2. LES EMBOLIES : occupent la 2 ème place, touchant 88 sujets, soit I3,3 %.
Si les cardiopathies valvulaires (rétrécissement mitral essentiellement) ont été responsables de la plupart des cas, il faut souligner le rôle des embolies de l'Infarctus du Myocarde et des arythmies (tachy-arythmies surtout). Ces 2 dernières affections sont relevées I5 fois dans notre statistique.
De plus, il faut signaler qu'un traitement tonicardiaque ou anti-fibrillant, sans anti-coagulants associés, avait précédé 6 fois l'apparition de l'Hémiplégie chez les Arythmiques.

3. Les THROMBOSES VEINEUSES intra-cérébrales sont citées ensuite. Cette étiologie a été retenue pour des malades qui ont présenté des Phlébites des membres, souvent multiples ou récidivantes, précédant de peu ou accompagnant l'Hémiplégie. C'est ainsi que nous en trouvons 3 cas au cours de suites de couches troublées (comme l'a décrit GARCIN) et 8 après interventions chirurgicales. Ces malades ont été d'ailleurs mis d'emblée au traitement anti-coagulant.

4. L'ETIOLOGIE TUMORALE : représente 20 (soit 3 %) de nos cas.
Nous avons pris le terme "néoformation" au sens large, englobant aussi bien des tumeurs vasculaires, des tumeurs primitives ou secondaires que des abcès ou des tuberculomes. En effet, nous avons surtout considéré les conséquences de l'intervention "neuro-chirurgicale". Les tumeurs d'évolution maligne sont évidemment une très mauvaise indication de la Rééducation et d'ailleurs tous les malades qui en étaient atteints sont décédés durant leur hospitalisation.

5. I9 Traumatismes Crâniens ont été divisés en deux groupes : malades chez qui une intervention neuro-chirurgicale a été nécessaire et malades non opérés..

6. Enfin, des étiologies diverses ont été groupées.
Le petit nombre des cas fait qu'aucune conclusion précise ne peut être tirée de ce bref chapitre.

..../..

TABLEAU GENERAL DES PRINCIPALES
E T I O L O G I E S

Etiologie Vasculaire	5I4	77,3 %
Etiologie Embolique	88	I3,2 %
Thrombose Veineuse	II	I,6 %
Néoformation Intra-crânienne	20	3 %
Etiologie Traumatique	I9	2,9 %
Etiologies Diverses	I3	I,9 %

I. ETIOLOGIE VASCULAIRE : Ce chapitre comprend l'immense majorité de nos malades.

Nous n'avons pas dressé le bilan général des résultats pour cette étiologie. On peut les considérer en effet , avec une bonne approximation, comme sensiblement égaux aux résultats généraux déjà établis, étant donné le très grand nombre de cas (près de 80 % du total).

Si le ramollissement est le plus souvent en cause (442 cas) nous avons noté :

- 37 Hémorragies Cérébro-Méningées (I5 chez l'Homme et 22 chez la Femme).
- I3 Hématomes spontanés intra-cérébraux.
- I9 Thromboses de la Carotide -auxquelles ont été adjointes 3 Hémiplégies après ligature de la Carotide, soit 22 cas en tout.

Un bilan, à la fois clinique et biologique a été dressé.

I°/ L'HYPERTENSION ARTERIELLE : L'hypertension est souvent retrouvée (77,6 %). Généralement, elle est fort importante, égale ou supérieure à 20 cms de HG-rarement, elle est modérée et le chiffre le plus bas qui a été retenu est une pression maxima égale à I6.

Parfois, il n'y a eu qu'une poussée tensionnelle lors de l'Hémiplégie et la pression artérielle est redevenue normale après l'accident neurologique.

2°/ L'ATHEROME : un Athérome a été découvert chez 3I3 malades (soit 6I % des cas). Il a été affirmé sur la présence de l'un ou de plusieurs des critères classiques :

- Calcifications artérielles visibles à la Radiographie.
- Induration artérielle clinique importante ;
- Signes de Sclérose artérielle au Fond d'Oeil.
- Angor -
- Artérite des Membres inférieurs.

Notons que dans 55 cas, l'Athérome existait sans Hypertension associée.

.../..

3°/ 298 dosages de la Cholestérolémie ont été pratiqués, par la méthode classique de GRIGAUT. Chez I74 malades, les chiffres trouvés dépassaient 2,30 Gr/l. (chiffre pris comme limite du normal) dont 86 supérieurs à 2,50G/l. Dans I4 cas, une Hypercholestérolémie était isolée,sans hypertension ni Athérome évidents.

4°/ La Réaction de KUNKEL-PHENOL a été pratiquée chez 97 malades. La limite physiologique a été fixée à 50 unités Vernes. Elle a été dépassée 63 fois. Dans ces cas se trouvaient toujours associés Athérome ou Hypercholestérolémie.
Par contre les 34 dosages normaux ne correspondaient pas la plupart du temps à des malades indemnes de ces deux phénomènes pathologiques.
Il semble donc que les résultats soient assez dissociés, du moins lorsqu'ils sont négatifs.

5°/ Une HYPERURICEMIE (au-dessus de 50 mg/l.) a été découverte chez 30 malades, dont 3 femmes. 3 Gouttes cliniques existaient chez l'homme.

6°/ 30 troubles de la GLYCOREGULATION ont été relevés. Il s'agissait de Diabètes soit connus et traités, soit découverts par recherche systématique à l'occasion de l'Hémiplégie, soit d'états para-diabétiques (avec Glycosurie intermittente et anomalies de la courbe d'Hyperglycémie provoquée (6 cas).

7°/ Une SYPHILIS (a été découverte 25 fois, soit dans 4,8 % des cas, ce qui est un pourcentage assez important). Elle a été authentifiée par la positivité de la sérologie classique et du test de Nelson.

8°/ 55 cas d'ETHYLISME importants ont été relevés ainsi que 24 cas de de Tabagisme (2 paquets ou plus, de cigarettes par jour) en très forte majorité chez l'homme.

Tableau page 4I.

.../..

FACTEURS ETIOLOGIQUES, CLINIQUES & BIOLOGIQUES DES HEMIPLEGIES D'Origine Vasculaire.

=-=-=-=

	HOMMES	FEMMES	TOTAL	Présence d'I Facteur étiol. essentiel.
	286	228	5I4	
HYPERTENSION	207 (79N.)	I92(33 N.)	399 77,6%	399
ATHEROME	I55 + HTA 45ss. HTA (86N.)	II3 + HTA I0ss+ HTA (II5 N.)	3I3 6I %	55 ss.H.T.A.
HYPERCHOLESTEROLEMIE.	94=et+de 2,30g/l. (dont 70= et + de 2,50g/l) 5 ss.HTA. Ath.(85N.)	80=et+de 2,30g/l. (dont I6 =et + de 2,5g/l) 9ss.HTA.Ath. (39 N.)	I74 (sur 298 dosages) 58 %	I4 ss.H.T.A. Ath.
KUNKEL-PHENOL augmenté	38=et+de 50 U.V. (26 N.)	25 = et+ de 50 U.V. (8 N.)	63 sur 97 dosages 65 %	
HYPERURICEMIE	28(dont 3 gouttes) (3 N.)	3	3I	
DIABETE	I5	I5	30 5,8 %	
SYPHILIS	I5	I0	25	468 soit 9I%
ETHYLISME	48	7	55	
TABAGISME	22	2	24	

La recherche d'une étiologie précisé à l'Hypertension artérielle a comme toujours été très décevante.

- I0 Affections rénales diverses et I Phéochromocytome (chez un malade qui est d'ailleurs décédé) ont été trouvés. I cas a pu permettre une normalisation tensionnelle par la suppression chirurgicale d'une Hydronéphrose, malheureusement après l'Hémiplégie.
- 3 Hypertensions post-gravidiques et une, post-éclamptique, ont été relevées, ainsi que 3 causes endocriniennes.
- I Insolation a été responsable d'une Hémiplégie chez un sujet jeune.

.../..

- Enfin, notons 6 cas de variations tensionnelles :
- I Hypotension médicamenteuse -
- 5 Interventions chirurgicales avec Hémiplégie - immédiate découverte au réveil de l'anesthésie générale.

Chez cinq de nos malades hypertendues avaient été pratiquées avant leur Hémiplégie,

- pour 2 d'entre-elles, une décapsulation rénale.
- dans les 3 autres cas, une Sympathectomie lombaire.

FACTEURS ETIOLOGIQUES DE CERTAINS ACCIDENTS VASCULAIRES

	HOMMES	FEMMES	TOTAL
Malformations vasculaires	3		5
Malformations probables	2		
Hypertension secondaire :			
- Affections rénales			
Néphrite chronique	I	4	5
Reins polykystiques	I	I	2
HydroNéphrose		I	I
Phéochromocytome	I		I
			II
- GRAVIDITE :			
H.T.A. post-gravidique		3	3
H.T.A. post-éclamptique ...		I	I
			4
- AFFECTIONS ENDOCRINIENNES :			
Virilisme		2	2
Myxoedème		I	I
			3
Changements brusques de l'équilibre tensionnel :			
Médicamenteux	I		I
Per-Opératoires	2	3	5
			6
INSOLATION	I		I

.../..

HEMIPLEGIES PAR THROMBOSE DE LA CAROTIDE

Nous étudierons à part, I9 cas de Thrombose de la Carotide, auxquels s'ajoutent 3 cas de ligature de la Carotide suivie d'Hémiplégie, parfois retardée. Un cas est dû à un traumatisme fermé de la région carotidienne. Dans I6 cas, la thrombose a été prouvée par l'Artériographie ; dans les 3 autres, le syndrôme clinique était suffisamment complet pour l'affirmer.

L'âge moyen est de 45 ans.

Les résultats moteurs sont bons : 84 % de sujets Indépendants moteurs, mais considérablement assombris par les complications neurologiques et neuro-psychiatriques (cf.le tableau suivant), touchant plus du tiers des malades.

Malgré le bon pronostic moteur, la thrombose de la Carotide est donc une affection grave, frappant des sujets jeunes et laissant de lourdes séquelles neurologiques et psychiques.

HEMIPLEGIES PAR THROMBOSE DE LA CAROTIDE

	HOMMES	FEMMES	TOTAL
	I8	4	22 soit3,3 %
Age moyen	45 ans	47 ans	45,4 ans
Côté atteint	6 D.+A. I2 G.(dont 3 récidives)	I D.+A. 2 G.(dont I récidive + A)	7 D. + A I4 G. (dont 4 récidives+A)
Complications neurologiques	3 Epilepsies I Epilep.B.J.	I récidive 2 atteintes psychiques (dont I internement)	
DECES	I	I	2

BILAN D'ADMISSION ET DE FIN DE REEDUCATION

Soit I6 Sujets indépendants (84 %) et 7 complications neuro-psychiques (35%)

ADMISSION			FIN DE REEDUCATION			
H.		F.	H.		F.	Total
7	M.	I	II	I.	2	I3
4	M.C.		3	I.C.		3
I	M.T.	I	2	D.	I	3
5	M.O.	I	I	A.		I
I	P.O.			PO.		
I	P.M.		I	PM.		I
3	P.P.		4	PP.		4
I	P.N.	I	I	PN.	I	2

2. HEMIPLEGIES PAR EMBOLIE ET THROMBOSE VEINEUSE

Ce chapitre comprendra, outre les 74 cas d'Embolies et les II cas de Maladie Thrombosante, I5 cas d'Héniplégies, d'origine vasculaire traités d'emblée par les anti-coagulants.
En effet, nous aurons surtout en vue, les résultats fonctionnels des malades soumis à cette thérapeutique et nous les comparerons avec ceux chez qui elle n'a pas été instituée.

a) EMBOLIES : 65 % des atteintes emboliques sont survenues chez la femme : la prédominance du sexe féminin est donc nette pour cette étiologie.

Sur 69 cas d'Embolie à point de départ cardiaque, nous avons noté que :

- le Rétrécissement Mitral, bien compensé et décompensé (troubles du Rythme essentiellement) est en cause 36 fois, soit dans plus de la moitié des cas.
- la Maladie Mitrale est aussi une étiologie fréquente : I0 cas.
- 9 Maladies d'Osler ont été relevées.
- les Arythmies (surtout Tachy-arythmies) non traitées ou traitées par Digitaline ou anti-fibrillants sans médication anti-coagulante associée, représentent : II cas.

HEMIPLEGIES PAR EMBOLIES

AGES

HOMMES		3	5	5	I5	3	I	= 29 (+ 2 décès)
âge	0	20	30	40	50	60	70	
FEMMES								= 45 (+ I2 décès)
		7	5	9	25	9	2	

Voir tableau page 45.

	HOMMES	FEMMES	DECES	TOTAL
Rétrécissement Mitral	7	I2	2	2I
bien toléré.				
Après commisurotomie	I			I
R.M. avec troubles du rythme	I	II	2	I4
Insuffisance Mitrale		I	I	2
bien tolérée.				
I.Mitrale décompensée	I			I
Maladie Mitrale bien tolérée	2	4	I	7
M. Mitrale décompensée	I	2		3
Rétrécissement Aortique		I		I
Valvulite Mitroaortique	2	2	2	6
Au cours d'une Endocardite rhumatismale.....	2		I	3
ARYTHMIE	2	3		5
ARYTHMIE traitée par :				
Digitalinisation sans anti-coagulants	2	2		4
Quinidinisation sans anti-coagulants		2		2
INFARCTUS MYOCAR.EMBOLIGENE	I	I	2	4
OSLER	4	2	3	9
EMBOLIES GAZEUSES : Insufflation pneumothorax		I		
P.C. par eau savonneuse		I		
Plaie pleuro-pulmonaire	I			5
Après injection d'oxygène intra-fémoral.....	I			
Hernie discale (? ?)	I			

b) LES MALADIES PHLEBO-THROMBOSANTES (II cas) sont étudiées ici, parce qu'elles ont été mises pour 8 d'entre elles du moins, au traitement anti-coagulant.

c) Enfin, rappelons que nous avons adjoint à ces 2 groupes de malades, I5 Cas d'Hémiplégies d'origine ARTERIOPATHIQUE, pour la seule raison de leur traitement particuliers.

.../..

RESULTATS :

I°/ Malades traités par les anti-coagulants :

a) Pour l'étiologie embolique, les résultats sont bons : 64,7 % Indépendants Moteurs, 24,I % Dépendants (I3), II % Alités(6).

b) Les Maladies Thrombosantes ont donné I00 % de bons résultats, ce qui est très remarquable.

L'ensemble, Embolies, Maladies Thrombosantes, donne donc l'excellent résultat suivant : 79,4 % de Sujets Indépendants Moteurs.

c) Pour les I5 cas de Thrombose artérielle mis aux anti-coagulants, les résultats sont moins encourageants : 50 % de bons résultats (avec I5 % de Sujets Alités).

2°/ Pour les cas non-traités par anti-coagulants : sur 20 Embolies et 3 Maladies Thrombosantes :

69,5 % de bons résultats - I7,3 % de mauvais résultats (donc pourcentage inférieur à celui du premier groupe pour les malades Indépendants et supérieur pour les sujets restant alités.

L'étiologie embolique est au total assez favorable, étant donné l'âge moyen (compris entre 50 et 60 ans) plus élevé que nous ne nous attendions à le trouver).

A noter que l'action des anti-coagulants n'a pas empêché 6 récidives emboliques (dont 2 mortelles) chez nos malades.

---

3. MALADES CHEZ QUI A ETE PRATIQUEE UNE INTERVENTION NEURO-CHIRURGICALE.

Une Intervention Neuro-Chirurgicale a été pratiquée chez 57 de nos malades (soit 8,5 %). Il s'agissait :

- soit d'HEMIPLEGIQUES pour qui une étiologie accessible à la Chirurgie était certaine ou suspectée,
- soit de malades présentant une HEMIPLEGIE survenue après une intervention Neuro-Chirurgicale. Le tableau suivant en détaille les différents cas.

Les HEMIPLEGIES POST-TRAUMATIQUES et les HEMATOMES Spontanés Intra-Cérébraux, qui tiennent une place importante, seront étudiés séparément.

Les TUMEURS Cérébrales d'évolution maligne (primitives ou métastatiques) ont toutes entraîné une issue fatale et sont par conséquent, éliminées de notre étude.

Les âges moyens ont été indiqués ; dans l'ensemble, ils sont compris entre 40 et 50 ans. Il s'agit donc d'HEMIPLEGIES survenues chez des sujets jeunes en pleine activité physique et intellectuelle.

ETUDE DES RESULTATS :

I°/ Lors des Néoformations cérébrales de toutes sortes, (vasculaires, infectieuses, tumorales), l'étude des résultats montre que :

70 % des malades sont Indépendants moteurs et ce, dans de bonnes conditions.

...

Sur 9 Sujets Indépendants, en effet, un seul a besoin d'une canne pour se déplacer. Ce pourcentage est un peu plus faible que celui du bilan général pour le même âge moyen et de plus, il faut préciser que sont survenues (ou ont persistées) 4 Epilepsies Généralisées et 4 Epilepsies Bravais-Jacksonniennes. Ces deux faits pèsent donc sur le pronostic lointain des Tumeurs Cérébrales opérées.

2°/ Pour les Hématomes intra-cérébraux spontanés et traumatiques (ces derniers les moins fréquents : 6 cas), les bons résultats sont en nombre très inférieur : 52,6 % de Sujets Indépendants Moteurs (alors que l'âge moyen est pratiquement le même que celui des T.C.) ; 5 Epilepsies (sur I9 cas au total) sont notées. Il semble donc que cette étiologie soit de fâcheux pronostic fonctionnel.

INTERVENTIONS NEURO-CHIRURGICALES

ETIOLOGIES		NOMBRE DE CAS			
		Hommes	Femmes	TOTAL	Age moyen
H. Post-Traumatiques opérées		I0	2	I2	43 ans
Tumeurs Vasculaires	Anevrysme A.Sylvienne	I			
	Angiome	I		3	44 ans
	Anévrysme Artério-veineux	I			
Tumeurs Inf-lammatoires	Abcès à Pyogènes	3		3	
	Tuberculome		I	I	
Tumeurs Cérébrales primitives.	Méningione		4		
	Oligodendroglione		I		
	Glione	I			
	Astrocytome	I		I0	48 ans
	Glioblastome	I			
	Méningosarcome	I			
	T.C.X. ? ?	I			
Métastases Cérébrales	Epith.Pulmonaire	I			
	Epith.Vessie	I		3	55 ans
	M.Multiples (étiol. X)	I			
Hématomes Intra-Cérébraux spontanés		7	6	I3	48 ans
Diverses	Hémorragie cérébro-méningée	I	I	2	
	Ramollissement	3	3	6	
	Intervention exploratrice	3	I	4	
		38	I9	57	
		I0,5%	6,6%	8,5%	

.../..

RESULTATS DES INTERVENTIONS NEURO-CHIRURGICALES

HOMMES		FEMMES
5	I.	3
	I.C	I
I	D.	
2	A.	I

HOMMES		FEMMES
2	P.N.	
I	P.P.	
	P.M.	
I	P.O.	I

70 % de SUJETS INDEPENDANTS

C O M P L I C A T I O N S

HOMMES	FEMMES
3 Epilepsies généralisées I Epilepsie Bravais-Jacksonnienne.	I Epilepsie généralisée 3 Epilepsies Bravais-Jacksonniennes.

HEMATOMES INTRA-CEREBRAUX, TRAUMATIQUES et SPONTANES

HOMMES		FEMMES
5	I.	4
	I.C	
3	D.	3
3	A.	

HOMMES		FEMMES
2	P.N.	
	P.P.	2
I	P.M.	2
I	P.O.	

3 Epilepsies chez l'Homme. 2 Epilepsies chez la Femme.

56,2% DE SUJETS INDEPENDANTS MOTEURS

.../..

4. HEMIPLEGIES POST-TRAUMATIQUES

Cette étiologie n'est représentée que par I9 Malades.
Nous avons distingué les cas ayant subi une Intervention Neuro-Chirurgicale (I2) des cas non opérés (7).
Les résultats sont assez comparables dans les 2 catégories de malades (4 Indépendants sur 7 chez les non opérés, 6 sur I2 chez les opérés).
au total, 55 % des malades sont indépendants moteurs ; chez les Hommes où le plus grand nombre des cas fournit une indication plus valable, 64,2 % de bons résultats sont notés.

Il faut préciser que certains des malades opérés présentaient de gros délabrements osseux et cérébraux et qu'après les I2 Interventions, 4 Epilepsies généralisées sont survenues alors qu'aucune ne s'est manifestée chez les 7 sujets non opérés.

Il semble donc que le pronostic de l'Héniplégie Traumatique soit assez médiocre ; cependant, le petit nombre de cas peut induire en erreur et nous n'accordons qu'une valeur indicative à cette conclusion.

HEMIPLEGIES POST-TRAUMATIQUES

HOMMES : I4		FEMMES : 5	
Non-Opérés	après intervention.	Non-Opérés	après intervention.
4	I0	3	2

BILAN D'ENTREE

I	M.O	4	3	M.O	I
	M.T	3		M.T	I
	M.C	I		M.C	
3	M.	2		M.	
	P.O			P.O	
	P.M	I	I	P.M	I
	P.P	2		P.P	
2	P.N			P.N	

COMPLICATIONS

3 Epilepsies généralisées	I Epilepsie généralisée.

.../..

RESULTATS

HOMMES			FEMMES		
Non opérés		Après intervention	Non Opérées		Après intervention
3	I.	5	I	I.	
	I.C	I		D.P	I
I	D.	4	2	D.	I
2	P.N		I	P.P	
	P.P	3		P.M	I

/Soit pour l'homme : 64,2 % des malades indépendants/

5. ETIOLOGIES DIVERSES

Nous grouperons ici 13 Hémiplégies.

a) 4 se sont produites au décours d'une Méningite purulente à Méningocoques ou à Pyogènes.
Les 4 malades sont Indépendants Moteurs (2 I. et 2 I.C).

b) 4 autres sont les séquelles d'une Méningite Tuberculeuse.
3 malades sont Indépendants Moteurs (2 I., I I.C).
I est dépendant.

c) Nous avons eu à étudier 3 Hémiplégies, séquelles d'une Intoxication Oxy-carbonnée, survenues chez 3 Hommes.
Ils sont tous trois Indépendants (2 I.C. , I; I.)

Il est intéressant de signaler que la durée moyenne de Rééducation a été longue (supérieure à 15 mois). Mais le bon résultat final confirme la nécessité d'une Rééducation persévérante des Intoxications oxy-carbonnées et leurs possibilités d'amélioration importante à long terme.

d) Pour 2 cas enfin, aucune Etiologie n'a pu être retenue de façon précise.

CONCLUSIONS

Le but de notre travail a été de dresser un bilan de la Rééducation Fonctionnelle entreprise chez 665 Hémiplégiques.

Les résultats peuvent être regroupés selon 2 idées directrices, envisageant :

1. Les Conséquences Sociales de la Rééducation,
2. Les Résultats et les Facteurs pronostiques généraux.

I. CONSEQUENCES SOCIALES DE LA REEDUCATION :

A. 80 % des malades sortis (dont plus des trois-quart sont indépendants moteurs) ont été repris dans leur famille ou même parfois vivent seuls à leur domicile.

Le petit nombre des sujets ayant repris une activité professionnelle ne doit pas faire douter de l'intérêt de la Rééducation mais bien au contraire, impose la nécessité de prévoir des emplois spéciaux pour les anciens Hémiplégiques.

B. Les placements ne représentent que 20 % des sortants ; parmi eux, la moitié environ sont indépendants.

C. Un point essentiel à considérer : les conséquences du délai écoulé entre Hémiplégie et Rééducation.

Son importance a déja été démontrée et nous apportons une nouvelle preuve de la valeur primordiale de cette notion :

a) Au point de vue "Rééducation", les bons résultats sont de 25 % moins nombreux pour les cas vus tardivement (après 6 mois), alors que les mauvais sont de 50 % plus fréquents.

b) Pour la durée d'Hospitalisation totale (phase aiguë et Rééducation), elle passe de :

- 9,5 mois pour les malades rééduqués dans le premier trimestre, suivant l'Hémiplégie,
- à 12,5 mois pour ceux vus dans le deuxième trimestre,
- et à 20 mois, pour les cas rééduqués dans le deuxième semestre.

Ces différences sont donc très considérables. Ceci d'autant plus que le délai écoulé entre Hémiplégie et Rééducation est un facteur sur lequel, il est aisé d'agir.

Cette action peut se manifester en insistant auprès du Corps Médical sur l'intérêt de la Rééducation, peut-être encore trop méconnu, en améliorant la coordination entre les divers Services Hospitaliers, enfin en créant pour les Hémiplégiques des Centres régionnaux plus nombreux et bien équipés.

.../..

2. RESULTATS ET FACTEURS PRONOSTIQUES GENERAUX :

A. Résultats :

a) 58,6 % des malades rééduqués peuvent être considérés comme Indépendants et constituent les bons résultats.

b) 26 % sont Dépendants, résultats médiocres, pour lesquels l'aide occasionnelle d'une tierce personne est nécessaire.

c) I4,4 % restent alités et constituent les échecs.

B. Facteurs Pronostiques :

a) Le Sexe.

La rééducation motrice s'est montrée, dans notre série, plus efficace chez l'homme que chez la femme (près de 8 % de différence pour les bons cas).

Par contre, le pronostic a été inversé pour l'Aphasie, meilleur chez la Femme.

b) Le Côté de l'Hémiplégie.

L'atteinte Droite est d'un pronostic légèrement plus favorable que la Gauche (avec des différences de 3 % chez l'Homme et de II % chez la Femme).

Au total, le meilleur pronostic est celui de l'Hémiplégie Droite chez l'Homme (64 % de bons résultats) - le plus mauvais celui de l'Hémiplégie Gauche chez la Femme (49 %).

c) L'AGE :

Les bons résultats sont en nombre régulièrement décroissant lorsque l'âge augmente.

Pour les malades d'âge compris entre 50 et 60 ans (âge du maximum des atteintes), le pourcentage global de succès est de 59 % (62 % pour l'Homme et 55 % pour la Femme).

d) Les Récidives Hémiplégiques n'obtiennent par la Rééducation que 45 % de bons résultats et d'autre part ont été, dans notre série, grévées d'une mortalité immédiate de 66 % Leur pronostic est donc d'une extrême sévérité.

e) Le traitement anti-coagulant améliore, semble-t-il, légèrement le pronostic (par ailleurs assez satisfaisant) des Hémiplégies d'origine embolique, lorsqu'il est mis en oeuvre dès le début de l'Hémiplégie.

Par contre, son action sur le Ramollissement par artériopathie semble nulle dans notre série (peu nombreuse il est vrai, pour ces cas).

f) L'Etiologie joue un rôle important. Les Embolies, les Tumeurs Cérébrales (bénignes, évidemment) sont de bon pronostic fonctionnel ; à l'inverse, les plus mauvais résultats ont été observés lors des Hématomes intra-cérébraux.

Vu : Le Président de Thèse,
Raymond GARCIN.

Vu : le Doyen de la Faculté
de Médecine : Léon BINET.

Vu et Permis d'Imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris : Jean SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

I.

BOBATH B. : "A study of abnormal postural reflex activity in patients with lesions of the central nervous system". (Physiotherapy - sept., Oct., Nov., Déc. 1954).

BORDATO : "Hemiplegias y su tratamento Kinesitherapico". (Gemana Medica - Juin 1932 - p.I.668-1680)

BUCHANAN J.J : "Rapid mobilisation of cerebro-vascular accidents patients". Arch. Phys. Med., 37, n° 3, Mars 1956, pp. 150-152.

CAROLL V.B. : "Implications of measured visuo spatial inpairments in a group of Left Hemiplegic patients". (Arch. Phys.Med., 39.II-14, Janv.1958)

CENCIQ L. : Thèse Lyon 1955 N° 151

COVALT D.A. : " Rehabilitation of the hemiplegic patient " The Physical Therapy Review,29 n° 11, nov.1949.

COVALT D.A., YAMSHON L.J. NOWICKI V. : "Physiological aid to the functional training of the hemiplegic arm". Amer. Jour.Occ. Ther., Nov-Déc.1949.

COVALT D.A. : "Rehabilitation of the Hemiplegic patient". (New-York State Jour. Med.II50. 1950. N°I p. 48-50)

DEAVER G.G. : "Treatment of spastic hemiplegia". Amer.Jour.Phys. Med., N) I, Fév. 1956, p.32.

DIOCQUENOD H. : "Contribution à la mise au point de la technique kinésithérapique appliquée à l'Héniplégique". Amicale de K. et Rééd. Physique - Juillet-Décembre 1949.

GALIN G. : Thèse - Marseille 1959- N°88

GARCIN R & POSTEL M. "Thrombophlébites cérébrales" (Masson-Paris 1949 -P;81.82 P;113)

GROSSIORD A. : "Le Médecin devant l'Hémiplégie". La Revue du Praticien 5. N° 15. 21 Mai 1955. (P.1534-1552).

KABAT H., KNOTT M. : "Principles of neuro-muscular reeducation". Phys.Therapy Review, 28, N° 107, 1948.

KNAPP M.E. : "Problems in rehabilitation of the hemiplegic patient". Journal of the American Association. Chicago, 169, N°3,17 Janvier, PP. 224-229.

KOENIGS L. : "Physiothérapie, kinésithérapie, rééducation des héniplégiques". Techniques Hosp. Méd. Soc. San., N° 92, Mai 1953.

LA JOIE W.J. et GERSTEN J.W. : "Objective method of evaluating muscle tightness. Preliminary observations on effectivness of various procedures in producing muscle relaxation in hemiplegic extremity". Archives of Physical Medecine and Rehabilitation, Chicago, 33, Octobre 1952, pp;595.603.

LEMOINE D. : "La rééducation motrice de l'héniplégique". Revue de Kinésithérapie.

LEREBOULLET J.et LEMOINE D. : "La Rééducation des affections du S.N.C." Ses médications, ses résultats - Bulletin et Mémoire. Soc. Méd. Hôp.Paris - 71. N° 21-22. 8 Juillet 1955 (page 821-830).

.../..

LEREBOULLET J. et LEMOINE D. : "La Rééducation motrice des Hémiplégiques". (Résultats - éléments de pronostic, médications, thérapeutiques) - La Revue du Praticien - 8. N°33. 21 Décembre 1958 - P; 3.795 - 3.815).

LORENZE E.J., DE ROSA A.J., KEENAN El. : "Ambulation problems in hemiplegia" Arch.Phys.Med., 39, N°6, Juin 1958, pp. 366-370.

LOZAC 'HMEM. J. Thèse - Bordeaux 1957. N° 196.

LOWENTHAL M., TOBIS J.S., HOWARD I.R. : "Analysies of rehabilitation needs and prognosis of 232 cases of cerebro-vascular accidents". Arch. Phys.Med., 40, N°5, Mai 1959, pp.183-187.

LOWMAN E.W. : " Rehabilitation of the Hemiplegic patients". J.A.M.A. 137, Avril 1948.

MAHONEY F.I. et BARTHEL D.W. : " Rehabilitation of the hemiplegic patient. A clinical evolution". Arch.Phys.Med. and Rehab., Chicago, 35, N° 6, Juin 1954, pp. 359-362.

MICHELS E. : "Evaluation of motor function in hemiplegia". The Physical Therapy Review, 39, N° 9, Sept.1959, pp.589-595.

NEWMAN M.F. et coll. : " Physical medecine and rehabilitation of hemiplegic patients". Radiology, 70, N°6. Juin 1958, pp.825-840.

POPOV N.A. : " Méthodes et mécanismes du rétablissement des fonctions motrices dans les accidents vasculaires cérébraux". Médecine clinique, tome XXXIII, N° 9, 1955 (Moscou).

POSNIAK A.O. et coll. : " Rehabilitation of the hemiplegic amputee". J.A.M.A., 155, N° 17, 21 Août 1954, pp.1463-1465.

PRESS V.R. : " A proposed classification and activity list for spastic hemiplegies". The Amer. Jour. of O.T., 5. N°6.Nov.Déc1951.

PROCHAZHA A. : "Nursing care in hemiplegia". Amer.Jour.Nursing, 45, N°118,1945.

PSAKI R.C. and TREANOR W.J. : "Afferent influences in the management of spastic paresis". Arch. Phys. Med. 37, N° 4, Avril 1956, pp.214-218.

RUSK H.A. : " Rehabilitation of neurologic disorders in the Ederly " Jour. of Chronic Diseages, 4, N°2, Août 1956.

RUSK H.A. : " Hemiplegia and Rehabilitation". Monographie en collaboration avec : DEAVER G.G., COVALT M.D., MARKS M., BENTON J., TURNBCOM M. Professional Service Dep. Sharpe and Dohme (éditeurs), à West-Point, Pensylvania, U.S.A.

SIGWALD T., BARRIE D., BOUTTIER D., TONUELLE : "LA Kinésithérapie des affections neurologiques chroniques". Sem.Hôp.Paris, 22 Mars 1957.

TARDIEU G., RONDOT P., DALLOZ J.C., MENSCHDECHENE J.C et MONFRAIX C. : "Essais de mesures électromyographiques et dynamométriques des raideurs d'origine cérébrale. Application à l'étude du thiocolchicoside". Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 9-10-11 1959, pp. 336-341.

TROISIER O. et JACOB C.R. : " Où en est-on de la Rééducation de l'Hémiplégie acquise de l'adulte". Le Journal de Kinésithérapie - N° 78-79 - Avril 1960.

.../..

VIEL E. : " Possibilités de réadaptation de l'hémiplégique".
Journ. Kinésith., 6. , N° 59, Avril 1958, pp.2-15.

WING M.N. : "Rehabilitation II. The hemiplegic ".
Medic. Jour. of Australia, Sydney, 45, I, N°16, 19 avril 1958
pp. 542-543.

YAMSHON L.J. : "The tonic neck reflex in the hemiplegias".
Arch. Phys. Med., Nov. 1949, pp.706-711.

CONGRES CLINIQUE EUROPEEN DE GERONTOLOGIE :

Nancy, Vittel, 25-28 Juin 1959. Rapports de MM. Droller (Leeds), Roos (Glossop), Schreuder (Gheek), Warren (Londres).
Résumé dans la Presse Médicale, 67, N° 56, 28 Nov. 1959, pp.2105-2108.